

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JOSEANNE ZINGLEARA SOARES MARINHO

**“MANter SAdIA A CRIANÇA SÃ”: AS POLÍTIcAS PÚBLICAS DE SAÚDE
MATERNO-INFANTIL NO PIAUÍ DE 1930 A 1945**

CURITIBA

2017

JOSEANNE ZINGLEARA SOARES MARINHO

**“MANter SADIA A CRIANÇA Sã”: AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
MATERNO-INFANTIL NO PIAUÍ DE 1930 A 1945**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em História, no Curso de Pós-Graduação em História - Área de História, Cultura e Sociedade, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Vosne Martins

CURITIBA

2017

Catálogo na publicação
Mariluci Zanela – CRB 9/1233
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação – UFPR

Marinho, Joseanne Zingleara Soares

“Manter sadia a criança sã”: as políticas públicas de saúde
materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945/ Joseanne Zingleara Soares
Marinho – Curitiba, 2017.

231 f.

Orientadora: Ana Paula Vosne Martins

Tese (Doutorado em História) – Setor de Ciências Humanas
da Universidade Federal do Paraná.

1. Políticas públicas - Saúde. 2. Assistência médica. 3. Infância
– Piauí – 1930 -1945. 4. Filantropia. I. Título.

CDD 304.64



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS HUMANAS
Programa de Pós Graduação em HISTÓRIA
Código CAPES: 40001016009P0

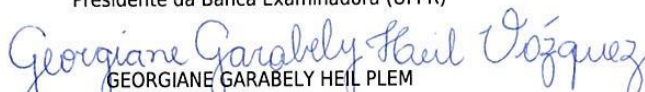
TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em HISTÓRIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **JOSEANNE ZINGLEARA SOARES MARINHO**, intitulada: **"Manter sadia a criança sã": as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí (1930-1945)"**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO.

CURITIBA, 17 de Março de 2017.


ANA PAULA VOSNE MARTINS

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


GEORGIANE GARABELY HEIL PLEM

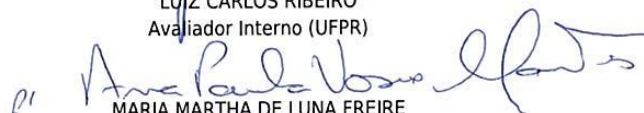
Avaliador Externo (UEPG)


LIANE MARIA BERTUCCI

Avaliador Externo (UFPR)


LUIZ CARLOS RIBEIRO

Avaliador Interno (UFPR)


MARIA MARTHA DE LUNA FREIRE

Avaliador Externo (UFF)

(skyp)



AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que estiveram presentes na longa jornada de quatro anos em que esta tese foi realizada. A todas e a todos desejo manifestar meu reconhecimento e prestar meus sinceros agradecimentos:

À Universidade Estadual do Piauí (UESPI), instituição da qual fui aluna e atualmente sou professora, pela licença das minhas atividades de docência, o que permitiu dedicação integral à pesquisa;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Piauí (FAPEPI), que, em parceria com a UESPI, concedeu a bolsa de estudos que propiciou melhores condições para as viagens e permanência em Curitiba, além da aquisição de materiais para a pesquisa e participação em eventos acadêmicos;

À Prof.^a Dr.^a Ana Paula Vosne Martins, que aceitou ser minha orientadora, acreditando na minha capacidade para a realização desta tese. Tenho muito o que lhe agradecer, por estar sempre presente para ajudar na superação dos obstáculos, prestando uma orientação segura, rigorosa e exigente. Foi uma honra ter sido orientada por uma profissional tão competente e séria, que, além disso, também é um ser humano notável, agindo sempre de forma compreensiva, gentil e cuidadosa. Com certeza vou levá-la sempre comigo, como uma referência importante ou, antes, uma inspiração para as minhas atividades de docência e de pesquisa, bem como para a vida;

À Prof.^a Dr.^a Liane Maria Bertucci e ao Prof. Dr. Luiz Carlos Ribeiro, pelas leituras cuidadosas e contribuições extremamente relevantes que foram apresentadas durante a banca de qualificação;

À Prof.^a Dr.^a Elizangela Barbosa Cardoso e ao Prof. Dr. Pedro Vilarinho Castelo Branco, que influenciaram na escolha do tema desta pesquisa;

À Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Rios Magalhães pelas contribuições realizadas na revisão de português da tese;

À Maria Cristina Parzwski, pela presteza e gentileza nos auxílios solicitados, que, várias vezes, excederam às suas atribuições;

Aos funcionários do Arquivo Público Casa Anísio Brito pela atenção e confiança na disponibilização das fontes primárias para consulta;

À Carmem Silvia da Fonseca Kummer, Anadir dos Reis Miranda e Michele Tupich Barbosa, colegas de doutorado, muito obrigada pelo companheirismo e ajuda sempre gentil;

À Ana Karoline de Freitas Nery, aluna e orientanda que se tornou filha do coração, não somente pelo auxílio durante a pesquisa das fontes, mas também pelo seu apoio e motivação;

À Andreza Galindo Diniz, Clarice Helena Santiago Lira, Nalva Maria Rodrigues de Sousa e Márcia Castelo Branco Santana, amigas queridas, por estarem sempre ao meu lado;

À minha família, especialmente à minha tia Francisca Maria Soares Marinho e Lucas Klinger Marinho Leitão, meu irmão, pelo apoio e confiança em minha capacidade de superação.

"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos."

(Fernando Teixeira de Andrade)

RESUMO

Nesta tese analisa-se a forma pela qual os poderes públicos do Piauí assumiram a responsabilidade em realizar o planejamento, a execução e o funcionamento de políticas públicas de proteção à saúde materno-infantil entre 1930 e 1945, que, apesar do projeto de centralização do governo federal, teve que se adaptar às especificidades locais. Vários setores defendiam que a solução dos problemas sociais dependia, em grande parte, da forma como se cuidava da infância. Essa questão foi tratada como responsabilidade do Estado somente no período varguista, particularmente durante o Estado Novo, e no Piauí, quando a intervenção a partir de políticas públicas materno-infantis destinadas à população pobre, começou a ser organizada, principalmente, na área da saúde. Pela primeira vez, ocorreu uma coincidência de interesses entre os governos, os médicos e a filantropia, que se tornaram parceiros nas políticas públicas. A finalidade principal era a conservação das crianças por meio da orientação das mães com base na puericultura com a finalidade de combater a mortalidade infantil. No Piauí foram elaboradas leis, criados órgãos administrativos e instituições de saúde pública e particulares, funcionando, em larga medida, com os subsídios dos governos locais. Delegacias de saúde, postos de higiene, centros de saúde, hospitais gerais, lactários, postos de puericultura e maternidades, passaram a disponibilizar serviços de saúde disponibilizando especialidades como obstetrícia, puericultura e pediatria, especialmente entre 1938 e 1945. Foi verificado com a realização da pesquisa, que, apenas em Teresina, capital do Piauí, existiu uma estrutura de assistência de proteção materno-infantil mais eficiente, sendo que o mesmo não se deu nos municípios do interior do Estado. Apesar disso, com os esforços dos poderes públicos locais, em parceria com os médicos e a filantropia, foram verificados avanços significativos na assistência à saúde de mães e crianças piauienses.

Palavras-chave: Políticas públicas. Assistência. Saúde. Maternidade. Infância. Filantropia.

ABSTRACT

In this thesis we analyze the way in which the public powers in Piauí assume the responsibility in planning, executing and operating the public policies that protect the maternal-infant health between 1930 and 1945, which, despite the centralization project from the Federal Government, had to be adapted to the local specificities. Many sectors used to defend that the social problems solution depended, mostly, on the way childhood was handled. This issue was treated with the State's responsibility only during Getúlio Vargas' government, mainly during the "*Estado Novo*" (a Brazilian political system instituted by Getúlio Vargas from 1937 to 1945), and, in Piauí, it started when some interventions from maternal-infant public policies destined to poor people, mainly in the health sector, started to be organized. For the first time, a coincidence of interests among government, doctors and philanthropy was noticed: they became partners in public policies. The main purpose was to preserve children by the mothers' orientation based on childcare, destined to prevent child mortality. In Piauí the government has created laws, administrative agencies, and private and public health institutions, working, by and large, with local governments grants. Health Stations, health centers, general hospitals, childcare centers and maternity hospitals started to spare health services specialties, like obstetrics, childcare and pediatrics, mainly between 1938 and 1945. With this research we verified that, only in Teresina, capital of Piauí, there was a more efficient assistance structure to maternal-infant protection, but the same didn't happen in the countryside of the State. Nevertheless, with the local public powers efforts, jointly with doctors and philanthropy, considerable progress in the health assistance to mothers and children in Piauí was noticed.

Key-words: Public Policies. Assistance. Health. Maternity. Childhood. Philanthropy.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

FOTOGRAFIA 01 - AVENIDA ANTONINO FREIRE EM TERESINA.....	76
FOTOGRAFIA 02 - COMEMORAÇÕES DO DIA DA INDEPENDÊNCIA NO PIAUÍ.....	82
FOTOGRAFIA 03 - HABITAÇÕES DA POPULAÇÃO POBRE TERESINENSE.....	105
FOTOGRAFIA 04 - LEÔNIDAS MELLO COM CRIANÇAS NO DIA DA ÁRVORE.....	110
FOTOGRAFIA 05 - O PRESIDENTE NA SEMANA DA CRIANÇA.....	111

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 - PRIMEIRA CIDADE E PRIMEIRAS VILAS PIAUIENSES.....	31
MAPA 2 - DIVISÃO DISTRITAL DO PIAUÍ.....	167

LISTA DE SIGLAS

CAMIA - Conselho de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social

CNT - Conselho Nacional do Trabalho

DEC - Departamento Estadual da Criança

DIP - Departamento de Imprensa e Propaganda

DNCr - Departamento Nacional da Criança

DNS - Departamento Nacional de Saúde

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

DSPR - Diretoria do Serviço de Profilaxia Rural

FBPF - Federação Brasileira para o Progresso Feminino

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IOC - Instituto Oswaldo Cruz

IPAI - Instituto de Proteção à Infância

LAMI - Liga de Assistência à Maternidade e à Infância

LBA - Legião Brasileira de Assistência

MES - Ministério da Educação e Saúde

MESP - Ministério de Educação e Saúde Pública

MTIC - Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

OIT - Organização Internacional do Trabalho

SAI - Sociedade de Amparo à Infância

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - RECEITAS DO ESTADO DO PIAUÍ NO PERÍODO DE 1891 A 1914.....	33
TABELA 2 - RECEITAS DO ESTADO DO PIAUÍ NO PERÍODO DE 1915 A 1929.....	33
TABELA 3 - SUBSÍDIOS ESTADUAIS PARA A SANTA CASA DE TERESINA.....	63
TABELA 4 - DOENTES INTERNADOS NA SANTA CASA DE TERESINA.....	63
TABELA 5 - SUBSÍDIOS ESTADUAIS PARA A SANTA CASA DE PARNAÍBA.....	68
TABELA 6 - DOENTES INTERNADOS NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA....	69
TABELA 7 - RECEITAS ESTADUAIS NO PERÍODO DE 1935 A 1945.....	84
TABELA 8 - ÓBITOS INFANTIS E ASSISTÊNCIA MÉDICA.....	95
TABELA 9 - RELAÇÃO ENTRE A NATALIDADE E A MORTALIDADE INFANTIL...	96
TABELA 10 - MORTALIDADE MENSAL DE ZERO A UM ANO DE IDADE.....	98
TABELA 11 - RECEITAS ESTADUAIS PARA A SAÚDE DE 1935 A 1945.....	129
TABELA 12 - MOVIMENTO NA SEÇÃO JOÃO VIRGÍLIO.....	160
TABELA 13 - ATENDIMENTOS NO DISPENSÁRIO ARÊA LEÃO.....	160
TABELA 14 - MOVIMENTO DO AMBULATÓRIO ANTI-TRACOMATOSO.....	161

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 AS PRIMEIRAS INICIATIVAS PIAUIENSES DE SAÚDE PÚBLICA MATERNO-INFANTIL.....	29
2.1 O PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA PEPÚBLICA NO PIAUÍ....	30
2.2 A INFÂNCIA COMO INVESTIMENTO NO FUTURO DO BRASIL.....	35
2.3 AS AÇÕES DE SAÚDE NO ATENDIMENTO DE MÃES E CRIANÇAS.....	42
2.4 OS SERVIÇOS MATERNO-INFANTIS NOS POSTOS DE SAÚDE.....	51
2.5 OS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS E A SAÚDE INFANTIL.....	58
3 POLÍTICOS E MÉDICOS EM DEFESA DE UM NOVO PAÍS: O DEBATE SOBRE A SAÚDE DE MÃES E CRIANÇAS NO PIAUÍ.....	72
3.1 LANDRY SALLES E LEÔNIDAS MELLO: CENTRALIZAÇÃO POLÍTICA E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO.....	73
3.2 A MORTALIDADE INFANTIL E A DISCUSSÃO MÉDICA.....	91
3.3 OS PODERES PÚBLICOS E A DEFESA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....	108
4 PROTEÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO PIAUÍ: OS ÓRGÃOS PÚBLICOS E AS ASSOCIAÇÕES PARTICULARES.....	116
4.1 A DIRETORIA DE SAÚDE PÚBLICA E A ASSISTÊNCIA PARA MÃES E CRIANÇAS.....	117
4.2 O DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO PIAUÍ E OS ÓRGÃOS ESPECIALIZADOS NA INFÂNCIA.....	127
4.3 O ESTADO, A FILANTROPIA E A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....	140
5 A ASSISTÊNCIA PÚBLICA ÀS GESTANTES E SEUS FILHOS: O SISTEMA DISTRITAL E AS UNIDADES HOSPITALARES NO PIAUÍ.....	158
5.1 O ATENDIMENTO GERAL PARA MÃES E CRIANÇAS: POSTOS E DELEGACIAS DE SAÚDE.....	159
5.2 A ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL ESPECIALIZADA NOS DISTRITOS DE SAÚDE	167

5.3 O FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS OBSTÉTRICA E PEDIÁTRICA NOS HOSPITAIS GERAIS.....	181
5.4 A PARCERIA ENTRE ESTADO E FILANTROPIA NAS UNIDADES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....	194
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	204
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÔNICAS.....	210
REFERÊNCIAS DAS FONTES PRIMÁRIAS.....	220

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa que se apresenta está vinculada a uma trajetória de investigação que teve início durante o curso de Mestrado em História do Brasil, da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob a orientação da Professora Doutora Maria do Amparo Borges Ferro. Naquela ocasião, a dissertação que foi elaborada, tratou da formação das jovens que estudavam na Escola Normal Oficial de Teresina nas décadas de 1930 e 1940.¹ Foi identificado que o Curso Normal integrava um projeto político em que a universalização da educação de nível primário, visando ao enfrentamento do analfabetismo, foi convertida pelos poderes públicos em referência fundamental para a construção de um novo país. Verificou-se no currículo do curso a existência de disciplinas que não possuíam vinculação com a preparação para o magistério, como economia doméstica, trabalhos manuais e puericultura. Essa formação específica revelou que o espaço escolar era generificado, funcionando como produtor de feminilidades, já que a educação existia como uma prática social que servia para as normalistas exercerem, futuramente, não somente a profissão de professora, mas também as funções domésticas de esposa e de mãe.

Mediante a constatação de que a formação no Curso Normal envolvia também a preparação para o exercício de uma maternidade competente, a partir dos ensinamentos da ciência médica baseados na puericultura, foi identificada a possibilidade de redirecionar o foco investigativo da dissertação de mestrado. Com isso, o resultado foi a formulação da proposta da tese de doutorado centrada na análise da formulação, planejamento e execução das políticas públicas direcionadas para a proteção da saúde de mães e crianças pobres no Piauí durante o período de 1930 a 1945, considerando, todavia, a sua vinculação com um ideário político de desenvolvimento do Brasil, a partir dos investimentos sociais. No decorrer da realização da pesquisa, a partir desse delineamento da proposta e da interlocução entre a bibliografia e as fontes primárias, o tema adquiriu delimitação, como explicitado a seguir.

Com o início do primeiro governo Vargas, a perspectiva de alavancar o progresso do país, tornou-se uma proposta política consolidada no período estadonovista, por meio de um projeto de estruturação administrativa e de execução de ações. Esse contexto acabou propiciando a articulação de um plano de desenvolvimento para o Piauí, paralelo a uma fase de prosperidade econômica que proporcionou divisas para o Estado. O estabelecimento de

¹ MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. **Entre letras e bordados:** o tecer das tramas na história das normalistas em Teresina (1930-1949). 2008. 183f. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, 2008.

condições políticas e econômicas favoreceu a dinamização da realização de obras de urbanização, assim como acabou promovendo investimentos na assistência, por meio da formulação de políticas públicas e também do apoio governamental às associações filantrópicas. O modelo tinha como características ações emergenciais e compensatórias que intermediaram transferências de serviços e de abonos aos desvalidos, assumindo a responsabilidade da proteção a categorias sociais, como idosos, desempregados, além de mães e crianças. Essa problemática passou a ser discutida como tema eminentemente político, pertencente à esfera do Estado, adquirindo maior dimensão durante o Estado Novo.

Vários segmentos da sociedade defendiam, desde o século XIX, que a solução dos problemas sociais que direcionariam para o progresso da nação dependia, em grande parte, da proteção à infância.² No entanto, a problemática da delinquência infantil, o menor em condição de abandono, bem como a utilização precoce do trabalho, adquiriu maior visibilidade somente a partir dos primeiros anos do governo Vargas. Com a postura intervencionista do governo, a valorização da proteção da criança passou a requerer o esforço de todo o país. Era defendida a regeneração da família e a sua importância como base da nação, consideradas essenciais na busca para encontrar esteios para a ordem, a civilização e o progresso. Ocorreu uma nítida orientação da política acerca da ideia de amparo às famílias pobres e numerosas, o que representava, em larga medida, uma forma de proteção à criança.

A defesa da infância, fase em que a saúde e a vida correriam mais riscos, ganhou dimensão de uma cruzada visando à salvação nacional. Foi durante o governo Vargas que, pela primeira vez, ocorreu uma coincidência de interesses entre os governos e os médicos, sendo que estes últimos, desde o século XIX, vinham defendendo a intervenção do Estado nos assuntos referentes à saúde de mães e crianças.³ Para a condução desse projeto, mais visível nos anos 1930 e 1940, foi essencial a atuação médica no enfrentamento de problemas como a disseminação de moléstias infectocontagiosas, a alimentação administrada de forma incorreta, as precárias condições de higiene e, o principal deles, o índice elevado de mortalidade infantil. Isso se deu por meio da parceria entre o Estado e a filantropia, sendo convertida em uma importante área de formulação de políticas públicas, inclusive no Piauí.

A partir da formulação de um ideário médico, a saúde das gestantes passou a ser reconhecida como setor que merecia a atenção especial dos poderes públicos no Piauí. Nesse sentido, o papel das mães era instrumental, pois, através delas, é que os poderes públicos

² COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

³ MARTINS, Ana Paula Vosne. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 18, p. 15-34, dez. 2011.

visavam atingir ao verdadeiro foco de atuação, que era a criança, esta sim, deveria ter a sua saúde protegida incondicionalmente. Essa prioridade fazia parte de um planejamento estatal visando à preparação para o trabalho. Com o interesse no progresso de municípios, estados e do próprio país, deviam-se vincular, estreitamente, a legislação social e sanitária, já que o objetivo de ambas era construir brasileiros fortes e sãos, estando de acordo com as orientações de preservação, recuperação e aumento da capacidade produtiva. O destaque proporcionado à criança como um dos alvos privilegiados na formulação e execução das políticas públicas, foi resultado de um conjunto de indicadores ideológicos que, articulados, modelaram sob alguns aspectos as ações assistenciais de saúde conforme a proposta de construção de um novo país.

Durante o período varguista, sobretudo, a partir do final da década de 1930, os médicos, os poderes públicos e também a filantropia convergiam na tese de que a dimensão mais importante do programa de saúde materno-infantil era a medicina preventiva, baseada no conhecimento e nas técnicas de puericultura. Os argumentos centrais, técnicos, científicos e morais, serviram para definir as novas regras para a moderna criação das crianças. Como bem afirmou o médico piauiense Olavo Corrêa Lima, especialista em pediatria e puericultura, o objetivo de estabelecimentos de saúde, como postos de higiene, centros de saúde, seções obstétricas e pediátricas dos hospitais gerais, além de maternidades e lactários, era “Manter sadia a criança sã.”⁴

Para garantir a segurança infantil, as famílias deveriam ser orientadas para a sua criação, sendo as mães o alvo preferencial dessa iniciativa. A educação materna acerca das práticas científicas de cuidado com os filhos, por meio da alimentação, higiene, vestuário, repouso, entre outras, deveria ser a prioridade não somente nas unidades de saúde de caráter especializado, mas também naquelas que forneciam atendimento geral. A suposta falta de zelo era enfatizada discursivamente, sobretudo, no que se refere ao abandono invariavelmente ligado aos pobres. Logo, para aqueles que estavam envolvidos com o fornecimento dos serviços de saúde, as doenças infantis tinham como principal causa a negligência das mães no cumprimento das medidas de puericultura.

Os poderes públicos piauienses não tinham atuação efetiva sobre a saúde durante a maior parte da Primeira República, conforme pode ser verificado na ausência de organização administrativa da Diretoria de Saúde Pública, que não possuía, sequer, a regulamentação para o funcionamento. Isso refletiu na ausência de planejamento para o fornecimento de serviços de saúde regulares na capital e no interior, que eram praticamente inexistentes até a década de

⁴ LIMA, Olavo Alexandrino Corrêa. Rendimento de um ambulatório de pediatria. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 8, p. 15-20, dez. de 1939.

1920, quando ocorreu a instalação dos primeiros postos de atendimento para moléstias infectocontagiosas, mas, que não forneciam assistência nas áreas clínicas de obstetrícia, puericultura e pediatria.

Essa condição continuou existindo até o começo da década de 1930, quando a capital passou a contar com postos de saúde especializados em algumas moléstias e, no interior, passaram a funcionar as delegacias de saúde com serviços regulares. Apenas em 1938, o sistema distrital passou a fornecer serviços médicos com maior efetividade por meio de centros de saúde e de postos de higiene que, de forma coordenada, deveriam atender suas áreas de jurisdição. Com essa iniciativa, começou a ocorrer, enfim, a execução de políticas públicas de saúde direcionadas para gestantes e crianças, pois enquanto a clínica geral funcionaria nos postos de higiene, foi proposta a instalação de seções de obstetrícia e de pediatria nos centros de saúde.

Diferentemente do campo da chamada saúde pública, que abrangia os serviços de prevenção e tratamento das moléstias infecciosas, alvo de atuação pública, sobretudo, a partir da década de 1920, a área da assistência médica, que incluía todos os outros problemas de saúde que não se enquadravam no estatuto das epidemias, não contava com instituições públicas para fornecimento de atendimento à população pobre. Em virtude disso, a filantropia no Piauí acabou sendo a referência na criação de unidades hospitalares desde o século XIX, atendendo também a clientela composta por gestantes e crianças, sendo que o poder público estadual era o principal mantenedor dos serviços prestados.

Para essa atuação do Estado nos estabelecimentos de saúde filantrópicos, tiveram contribuição as cobranças da sociedade piauiense, que pouco colaborava com doações, pois considerava que o Estado deveria assumir a responsabilidade financeira sobre os serviços destinados para os pobres. Somente a partir da década de 1930, a atuação pública sobre a assistência médica foi ampliada, sendo verificada não somente por meio de subsídios financeiros aos hospitais, maternidades e lactários filantrópicos, mas também na criação de unidades de saúde pública como delegacias de saúde, postos de higiene e centros de saúde, que ofereciam atendimento para gestantes e crianças.

Apesar da manutenção da condição saudável da criança ser a principal finalidade da política de saúde piauiense, isso não era efetivo no cotidiano dos atendimentos realizados nos estabelecimentos públicos e filantrópicos. A maioria das mães costumava procurar atendimento apenas quando seus filhos estavam doentes. Assim que as crianças melhoravam, elas deixavam de comparecer para receber as orientações de puericultura, disponíveis nas unidades de saúde, não se submetendo integralmente às prédicas médicas de prevenção. Nesse sentido, foram as

atividades clínicas de cura, e não os conselhos profiláticos, que acabaram sendo convertidos na maior parte dos atendimentos de saúde materno-infantis.

Também foi verificado que, apesar da ampliação do número de instituições de saúde públicas e filantrópicas, resultando na maior oferta de serviços médicos para mães e crianças, os esforços realizados, sobretudo, entre 1937 e 1945, foram insuficientes. Teresina, como era capital, tornou-se centro de referência em saúde, pois fornecia serviços mais regulares em estabelecimentos com condições melhores de funcionamento. Nos municípios do interior, a assistência era precária, pois existiam poucos hospitais, lactários, maternidades, centros de saúde, postos de higiene e outros congêneres. Além disso, as unidades de saúde possuíam reduzido quadro de médicos, visitadoras e guardas sanitários, bem como falta de medicação e de material para os atendimentos.

A reformulação federal da política de saúde, com perspectivas centralizadoras, repercutiu com mais vigor no Piauí a partir de 1938, com a reforma da Diretoria de Saúde Pública. Essa posição, afinal, seria condizente com o governo autoritário, que visava fortalecer seu poder nas unidades federativas, condição para a construção do chamado “novo Estado brasileiro”. No entanto, a reconstituição da lógica de funcionamento do governo varguista no nível regional não deve dar a impressão de um regime que funcionava de maneira tão lógica assim.⁵ A coerência política e a conexão necessária entre as esferas federal, estadual e municipal não implicavam uma organização comum ou um planejamento uniforme. Havia a possibilidade, não tão remota assim, da autonomia política e administrativa dos interventores, que podiam compor suas respectivas bases políticas entre os prefeitos, tornando o estudo do mecanismo de intervenção federal nos Estados um assunto mais complexo, que envolvia a capacidade de articulação política e as dificuldades do governo federal em promover a centralização do poder.

Segundo essa perspectiva, durante a realização da pesquisa foi observado que o padrão estabelecido pela União, que deveria ser implantado no Piauí, sofreu adaptações para adequar-se às peculiaridades locais. A assistência pública à saúde materno-infantil, colocada à disposição da população, não espelhou linearmente o fortalecimento do governo federal, pois os poderes públicos locais possuíam certa margem de autonomia, decidindo sobre a viabilidade do cumprimento das determinações centrais. Além disso, devem ser consideradas as demandas da própria população desvalida para o planejamento e a execução de medidas de saúde, contribuindo para questionar o papel do Estado enquanto doador de direitos.

⁵ CODATO, Adriano. Os mecanismos institucionais da ditadura de 1937: uma análise das contradições do regime de Interventorias Federais nos Estados. **História**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 189-208, jul./dez. 2013.

Nesse sentido, enquanto a maior parte dos estudos que têm sido produzidos sobre as políticas públicas em saúde materno-infantil enfocaram sua abordagem sob a perspectiva do governo central, o estudo desenvolvido nesta tese implica uma análise da ramificação das políticas no nível regional e local, não sendo uma análise política de cima. Assim, a contribuição da pesquisa para os estudos realizados sobre o tema, consiste em compreender de que maneira se deu o processo de viabilização das políticas públicas de saúde que incidiam sobre mães e crianças nos estados e municípios do Brasil, que, apesar do projeto centralizado, teve que se adaptar às especificidades existentes no Piauí. De fato, existiam características diversas quando se considerava o contexto local, não somente em relação às outras regiões do país ou unidades federativas do Nordeste, mas, até mesmo, entre a capital e os municípios do norte, centro e sul do território piauiense.

A escolha dos recortes temporal e espacial - anos de 1930 a 1945 no Piauí - se justifica porque foi durante esse período que se deu a estruturação de políticas públicas de saúde como assunto que requeria a atuação efetiva dos governos locais. Nesse contexto, a centralidade na condição saudável da criança foi formalizada como compromisso público com a sistematização administrativa, o que propiciou a articulação de um planejamento de assistência, apesar de ter sido realizada de forma problemática, por meio da instalação de poucos estabelecimentos públicos e auxílios limitados para os estabelecimentos filantrópicos, mais no interior do Estado do que na capital. Antes disso, foram verificadas algumas medidas isoladas e experimentais, que beneficiaram mães e crianças, de forma mais indireta, sobretudo, na década de 1920, representando o início do processo de intervenção pública sobre a saúde materno-infantil.

Procurou-se problematizar a forma como os governos do Piauí assumiram a responsabilidade em realizar o planejamento, a orientação, a execução e o funcionamento de políticas públicas de proteção à saúde materno-infantil entre 1930 e 1945, condição que não foi verificada durante a Primeira República, contando com a atuação técnica dos médicos e a contribuição da filantropia. Para a análise desse processo político, buscou-se responder as seguintes questões norteadoras: quais os interesses do Estado na promoção das políticas públicas direcionadas para a maternidade e a infância? Como a orientação federal para a padronização da organização e funcionamento das instituições de saúde foi colocada em prática no Piauí? Como foi organizada a estrutura administrativa estadual para a proteção de gestantes e crianças? De que forma foi estabelecida a parceria entre médicos e poderes públicos locais para a efetivação das iniciativas em saúde materno-infantil? Como ocorreu a implantação da assistência à saúde materno-infantil no Piauí mediante a contribuição dos poderes públicos e

associações particulares? Quais as condições de funcionamento dos estabelecimentos públicos e filantrópicos de saúde na assistência de gestantes e crianças?

O final dos anos 1970 marcou o início efetivo dos estudos de políticas públicas no Brasil, considerada antes como subárea da ciência política.⁶ Desde então, entre as diversas definições e modelos teóricos, têm ocorrido debates que implicam responder à questão sobre o espaço ocupado pelos governos na definição e execução das políticas públicas. Certas análises defendem que cabe, de forma categórica, ao Estado, a intervenção no processo de formulação dessas políticas. No entanto, outros estudos consideram que as sociedades modernas estão mais próximas da perspectiva teórica que defende a existência de uma autonomia relativa do Estado.⁷ Isto significa que o espaço de sua atuação é permeável a influências externas e internas, assim, embora seja materializada pelos governos, a articulação do processo de definição e execução das políticas públicas envolvem vários grupos de interesse e níveis de decisão, não se restringindo aos previsíveis participantes formais.

Dessa forma, esta tese está de acordo com a perspectiva que considera a existência de um grau de autonomia dos poderes públicos na definição das políticas públicas. Possuindo como questão principal a análise dos governos locais na articulação e execução de políticas públicas de saúde para mães e crianças no Piauí, considera-se tanto a relação com os profissionais médicos e a contribuição privada, quanto a adaptação das orientações federais aos interesses dos governos locais e atendimento à demanda por direitos sociais dos setores mais pobres da população.

O principal foco analítico da política pública está na identificação do tipo de problema que ela visa corrigir.⁸ Depois de formulada, como se trata de uma ação intencional, possui objetivos a serem alcançados, que resultam em planejamentos, projetos e programas. Embora não se limite a leis e regulamentos, muitas vezes, para a continuidade do processo que leva à sua definição, é requerida a mudança da legislação. Ela envolve, também, processos subsequentes que implicam a sua implementação e execução, bem como a articulação de sistemas de acompanhamento e avaliação.

⁶ SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 65-86.

⁷ CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 87-124.

⁸ SOUZA, op. cit.

Considera-se essencial abordar a importância do período do primeiro governo Vargas para os estudos sobre o Estado de Bem-estar no Brasil.⁹ Sem deixar de considerar as medidas que vinham sendo tomadas antes, sobretudo durante a década de 1920, foi a partir de 1930 que as iniciativas sociais passaram a ser incorporadas como atribuição do Estado. O campo de reflexão do Estado de Bem-estar tem apresentado uma produção com temática diversificada, abordando processos de configuração e funcionamento.¹⁰ O final do século XIX foi um ponto de viragem histórica para muitos países ocidentais, sendo que novas ideias sobre o papel do Estado acerca das necessidades da população pobre, resultou no compromisso com o Bem-estar, para o qual contribuiu a mobilização e a organização política da sociedade, gerando uma crescente pressão para o atendimento das demandas sociais.

É especialmente necessário considerar a existência das políticas de gênero no contexto de desenvolvimento dos Estados de Bem-estar entre 1890 e 1920 nos países ocidentais, atuando em áreas como as relações de trabalho e a proteção à maternidade.¹¹ Embora vários pesquisadores tenham desenvolvido estudos sobre a neutralidade das políticas de Bem-estar diante das relações de gênero, novas abordagens foram propostas a partir das últimas décadas do século XX, demonstrando como elas foram sexualizadas, baseando-se em uma suposta natureza feminina, em detrimento do caráter social das distinções entre homens e mulheres.¹²

Em consonância com esses estudos, foi identificado nesta pesquisa que, no Piauí, sobretudo, a partir do final da década de 1930, as iniciativas públicas direcionadas para a saúde feminina consideravam a mulher somente a partir de seu papel reprodutivo. As medidas visavam, sobretudo, a proteção da saúde da criança, sendo implementadas mesmo antes de uma possível gravidez, por meio da orientação dos médicos sobre a necessidade da realização de exames pré-matrimoniais nas unidades de saúde. Após o diagnóstico da gestação, as iniciativas de proteção da vida intrauterina eram intensificadas por meio do acompanhamento pré-natal. Com isso, a intenção era de que fossem cumpridas as condições para a geração de crianças saudáveis, o que significava uma garantia para a construção de um futuro promissor, não somente do Piauí, mas também do país.

⁹ FONSECA, Cristina. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945):** dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

¹⁰ ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism.** New Jersey: Princeton University Press, 1990. Disponível em: <<http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1134169.files.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2013.

¹¹ LARSEN, Eirinn. **Gender and welfare state:** Maternalism – a new historical concept? A thesis submitted for the degree of cand. Philol. Department of History, University of Bergen, Norway, 1996. Disponível em: <<http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12869>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

¹² SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez.1995.

Nesse sentido, foram elaboradas políticas públicas que geraram iniciativas inéditas de redefinição da maternidade no afã de proteger a infância no Piauí. Para a condução desse projeto, foi essencial a atuação dos médicos, pois se tornaram parceiros do Estado na proposição de ações direcionadas para as mulheres que se tornariam mães, mas também para aquelas que já tinham filhos. Elas deveriam exercer, prioritariamente, os cuidados cotidianos baseados na puericultura, que serviriam para manter as crianças saudáveis, como também deveriam procurar os pediatras puericultores dos serviços de saúde para tratamento dos seus filhos doentes, abandonando as práticas baseadas nos conhecimentos populares tradicionais. Além disso, também foi verificada no Piauí a parceria público-privada, uma característica típica dos Estados de Bem-estar emergentes no mundo ocidental, pois, apesar do governo estadual ter executado políticas públicas de saúde, também realizou a cooperação, supervisão e fiscalização dos serviços prestados pelas instituições filantrópicas.¹³

Na medida em que essa tese estuda as iniciativas públicas de saúde como responsabilidade do Estado no atendimento de gestantes e crianças no Piauí, compondo um amplo arcabouço institucional que consolidou as bases do sistema público no Brasil, ela está inserida na produção historiográfica sobre a saúde. Diferentes formações sociais proporcionaram considerações diversas, desde que os estudos se fizeram presentes no meio acadêmico após 1980. O surgimento do campo de investigação foi motivado, entre outros fatores, por questões impactantes, tais como o surgimento de novas epidemias, as discussões sobre a qualidade de vida e a responsabilidade pública sobre a saúde, abordando tanto as ciências médicas e sociais, quanto as práticas políticas e econômicas, fundamentais para o estudo da relação entre medicina, saúde e sociedade.¹⁴

A análise realizada identificou que a saúde da população, considerada como expressão das suas condições concretas de existência, é resultante, entre outros aspectos, do estabelecimento das relações entre o Estado e a sociedade. A ação dos poderes públicos se dá por intermédio das iniciativas propostas e, dentre aquelas que estão voltadas para a proteção social, podem ser destacadas as políticas de saúde. Segundo essa perspectiva, o Estado é mais que um aparelho repressivo, ideológico, econômico ou burocrático.¹⁵ Ele também não se esgota nos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, nem mesmo aos níveis federal, estadual e

¹³ ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. New Jersey: Princeton University Press, 1990. Disponível em: <<http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1134169.files.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2013.

¹⁴ LUZ, Madel T. Prefácio. In: PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 9-12.

¹⁵ PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2007.

municipal. Entendido como a expressão da organização política de uma sociedade, o Estado aparece como agente que contribui para o aperfeiçoamento das relações entre os indivíduos em uma dada organização social.

Não é incomum encontrar-se na historiografia política, um tipo de análise que defendia como bloco coeso o período do primeiro governo varguista.¹⁶ De acordo com esse posicionamento, a Revolução de 30 teria assinalado um novo ponto de partida, rompendo definitivamente com o passado, com os erros da República Velha, inaugurando o projeto político revolucionário das elites vitoriosas de construção de um novo país. Depois disso, o novo fato concebido como ponto de referência foi o golpe de 1937, que instaurou o Estado Novo. Representando outro início revolucionário, a marca principal desse período teria sido a consecução desejada, quase prevista, dos projetos das forças aliancistas, cujo ciclo somente seria concluído em 1945.

Outros estudos da história política revisitaram a chamada “Era Vargas”, buscando questionar a utilização das fórmulas autoritárias na busca de legitimidade, vinculada à implementação de políticas públicas, aspecto ignorado por aqueles pesquisadores que no passado enalteciam o país como sendo cordial e pacífico.¹⁷ A presente pesquisa, centrada na atuação do Estado entre 1930 e 1945 para o planejamento e a execução de iniciativas que beneficiavam mães e crianças na concessão da assistência à saúde, está vinculada à historiografia que questiona a legitimidade e a eficiência da atuação do Estado de maneira extensiva e homogênea, já que, nesse período o governo oficializou o seu estatuto como agente fundamental do Bem-estar social.¹⁸

Durante a pesquisa foi possível identificar que, no Piauí, a presença do Estado na criação dos serviços de saúde não foi exclusiva no período de 1930 a 1945. Ainda no século XIX, sobretudo na década de 1920, algumas iniciativas foram realizadas, revelando preocupação com a questão. Nesse âmbito foi possível abordar a articulação de uma política de saúde nacional com tendências centralizadoras que repercutiu no Piauí, inclusive, com algumas medidas indiretas de assistência materno-infantil. Com o início do período varguista, observou-se que o sistema de saúde piauiense passou por uma reformulação que permitiu investimentos

¹⁶ GOMES, Ângela Maria de Castro. Introdução. In: _____. (Coord.). **Regionalismo e centralização política: partidos e constituinte nos anos 30**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. p. 23-131.

¹⁷ CAPELATO, Maria Helena. O Estado Novo: o que trouxe de novo? In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (Orgs.). **O tempo do nacional-estatismo: do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 107-143.

¹⁸ PANDOLFI, Dulce Chaves. Os Anos 1930: as incertezas do regime. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (Orgs.). **O tempo do nacional-estatismo: do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 13-38.

no fornecimento dos serviços de saúde, quando se destacaram aqueles oferecidos para mães e crianças em estabelecimentos públicos, como também nas instituições filantrópicas. Especialmente no período de 1937 a 1945, ocorreu uma melhoria na organização e ampliação do fornecimento dos serviços disponibilizados em instituições como centros de saúde, postos de higiene, lactários, hospitais gerais e maternidades.

No entanto, somente na capital o funcionamento dos serviços foi mais eficiente. Enquanto isso, nos municípios do interior do Piauí a quantidade de unidades de saúde e a sua distribuição não eram adequadas às necessidades de atendimento de mães e crianças pobres, muito menos os serviços médicos eram regulares, pois, apesar de um incremento crescente das verbas públicas para a assistência à saúde, estas não eram suficientes para resolver os imensos e complexos problemas em curto espaço de tempo. Dessa forma, entende-se que, apesar da atuação dos poderes públicos locais no desenvolvimento de políticas públicas de saúde e do auxílio junto às instituições filantrópicas, as iniciativas realizadas na área da saúde materno-infantil não começaram no período varguista, tampouco representaram uma solução efetiva para a problemática estabelecida.

Para a realização do projeto público de proteção à saúde materno-infantil foi imprescindível a adesão das mulheres ao cumprimento de suas funções maternas, conforme as prescrições da puericultura, da pediatria e da obstetrícia. Nesse sentido, a utilização do conceito de medicalização tornou-se relevante para que fosse possível entender as iniciativas de gerência dos médicos sobre a vida de mães e crianças no Piauí, direcionando a análise para a intervenção no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta, prescrição de comportamentos e procedimentos de cura, o que as tornariam dependentes dos agentes educativos-terapêuticos.¹⁹

Referindo-se à crescente apropriação dos modos de vida pela medicina, a medicalização tem o objetivo de normatizar comportamentos e atitudes em relação à doença, evidente ou iminente, a partir de um conjunto de iniciativas educativas, higiênicas e curativas. Nesse sentido, a racionalidade médica passou a ser utilizada pelos governos, exercendo um papel fundamental no controle e na gestão do corpo, bem como interferindo nas condutas individuais e coletivas através da definição de regras que deveriam orientar a vida cotidiana,

¹⁹ Apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, Michel Foucault faz referência ao processo, argumentando que, ao contrário do que se poderia imaginar, a medicina moderna nascida no final do século XVIII, momento de desenvolvimento da economia capitalista e expansão das relações de mercado, apresentou-se como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com vistas ao controle social. FOUCAULT, Michael. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996. p. 79-98.

não apenas no que diz respeito ao tratamento da doença, mas, prioritariamente, na manutenção da condição de saúde materno-infantil.²⁰

A medicalização foi parte importante da missão civilizadora que visava reorganizar a sociedade por meio de indivíduos hígidos e capazes de efetuar transformações, não somente em suas vidas, mas no destino do país.²¹ O ideário médico da maternidade científica fundamentava o apelo para que as mulheres exercessem as suas funções maternas, só que resignificadas a partir dos pressupostos científicos da puericultura. Essa forma competente de exercer a maternidade não poderia ter sustentação apenas no instinto, devendo basear-se em habilidades definidas com precisão, a partir dos conhecimentos especializados.²² Com isso, os médicos defendiam que as mulheres precisavam conhecer as fases do desenvolvimento infantil e os princípios da higiene, para que pudessem cumprir seu dever patriótico, a fim de aperfeiçoar a raça. Ao majorar a autoridade da mãe, eles contribuíram para a concessão de um novo *status* social para a mulher, pois na condição de educadora e auxiliar médica, o seu papel foi reabilitado e a sua condição adquiriu valorização.

Isso se deu porque os profissionais médicos piauienses, sobretudo, pediatras, puericultores e obstetras, acreditavam ter legitimidade e capacidade para concretizar uma recriação do exercício da maternidade, uma vez que, supostamente, teriam a autoridade concedida pelo domínio de um conhecimento verdadeiro, construído a partir da ciência, considerada a maneira correta e definitiva de aquisição de saber. Nesse sentido, os médicos prescreviam as formas de cuidado para a preservação de uma condição saudável, bem como do tratamento de saúde diante das enfermidades, propondo, portanto, modos diferentes de perceber e significar a vida infantil. Fazendo isso, desenvolviam a prática escriturística do corpo social por meio da ordenação e da obediência, visando homogeneizar as ações, numa perspectiva de desenvolvimento que estaria condizente com o mundo moderno.²³ A própria revolução, ideia a partir da qual nasceria um novo país, com o movimento inaugurado em 1930, representava o projeto de uma sociedade que deveria constituir-se como página em branco com relação ao passado, capaz de escrever a si mesma e de refazer a sua história a partir da perspectiva do progresso contínuo.

²⁰ GAUDENZ, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Revista Interface: comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

²¹ MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

²² FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

²³ CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer**. Petrópolis: Vozes. 2005.

A prática escriturística, convertida em forma de saber e poder, poderia ser produzida institucionalmente por variados agentes, inclusive pelos médicos. No Piauí eles apropriavam-se das ideias de saúde, família, casamento, feminilidade e de maternidade, ao determinar como deveriam ser significadas, impondo o que consideravam como certo e, ao mesmo tempo, desqualificando, muitas vezes, os saberes e os fazeres populares. A prática escriturística era atuante na promoção da racionalização do corpo social a partir da elaboração e propagação de um conhecimento formal, considerado como vetor de um projeto de desenvolvimento. Com isso, a oralidade não contribuiria para tal experiência, sendo descartada, por estar articulada intimamente ao mundo rural, concebido como tradicional, atrasado e supersticioso.

A questão da aceitação do exercício da maternidade, como função social das mulheres piauienses, foi incluída, de modo fundamental, na política de governo direcionada para o projeto de investimento na saúde de mães e crianças. Isso ocorreu porque caberia de forma primordial às mulheres o principal ônus no cuidado infantil, a partir da aceitação das orientações médicas, sobretudo, para a prevenção da saúde, mas também no tratamento das moléstias. A representação naturalizada do papel feminino da maternidade como uma questão de violência simbólica, ajuda a compreender como a relação culturalmente construída, passou a ser reproduzida como uma diferença natural, irreduzível e universal, do presente, portanto, em estado incorporado, nos *habitus*, suficientemente assegurada para precisar de justificação, enunciando o ser como se fosse uma evidência.²⁴

Essa visão dominante que reproduz a divisão social dos papéis e funções femininos e masculinos, inclusive, delegando às mulheres o desempenho das tarefas de criação dos filhos no que se refere às suas condições de saúde, não ocorre simplesmente sob a forma do constrangimento e do consentimento ou da coerção e da adesão. Torna-se necessário evocar o trabalho que se realiza, seja através da familiarização com um mundo simbolicamente estruturado, seja através de um trabalho coletivo, mais implícito do que explícito.

Para a análise das políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí, foi necessária a utilização de um *corpus* diversificado de fontes primárias. Um primeiro tipo de documentação utilizada na tese foi produzido pelos poderes Legislativo e Executivo. Em âmbito federal é composta por constituições, decretos, leis e discursos presidenciais referentes ao período de 1891 a 1946, já que havia a necessidade de identificar a intervenção da União a partir da proposição de um modelo de saúde pública para as unidades federativas, servindo para indicar de que forma o Piauí era integrado e também se integrava na política nacional. Os documentos

²⁴ BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 133-184, jul./dez. 1995.

estaduais pesquisados foram produzidos entre 1897 e 1950, estando disponíveis, sobretudo, no Arquivo Público Casa de Anísio Brito. Tratava-se de legislação, relatórios e mensagens dos chefes de Estado sobre as suas administrações. Esse material oficial trata da normatização dos serviços públicos de saúde fornecidos para mães e crianças nos estabelecimentos públicos e filantrópicos, relacionando, ainda, os recursos financeiros utilizados para os investimentos e os interesses políticos para a sua viabilização.

Outro tipo de fonte primária são as fontes hemerográficas do período de 1930 a 1945. As notícias jornalísticas selecionadas, principalmente, no Diário Oficial, serviram como importante material de análise, por conter informações relativas às decisões e ações públicas na área da saúde materno-infantil, textos educativos produzidos por médicos, além de relatórios de funcionamento das instituições de saúde. Já a Revista da Associação Piauiense de Medicina, divulgava artigos médicos, sendo uma documentação relevante porque informa sobre a atuação do setor profissional nos estabelecimentos e repartições de saúde, bem como sobre as condições de funcionamento dos postos de saúde, postos de higiene, hospitais gerais e outras instituições direcionadas para a população pobre, servindo para identificar, ainda, as particularidades dos atendimentos prestados às mães e crianças.

O terceiro conjunto de fontes foi composto por caixas e códices de saúde correspondentes ao período de 1917 a 1945. Eram assim denominados os volumes independentes compilados a partir da documentação enviada por chefes de repartições administrativas e unidades de saúde que atuavam no Piauí, para a Diretoria de Saúde Pública e o Departamento de Saúde, órgãos estaduais, como também, eventualmente, para os governadores e interventores. Essas fontes de natureza variada foram produzidas, sobretudo, por médicos no desempenho da clínica, mas também no exercício de cargos administrativos. As informações coletadas foram essenciais para a realização da pesquisa porque revelam o cotidiano problemático do funcionamento e da administração do sistema de saúde piauiense.

A tese foi estruturada em seis capítulos. No primeiro deles é realizada a introdução. O segundo capítulo, que se intitula “As primeiras iniciativas piauienses de saúde pública materno-infantil”, trata da ausência de um projeto para a formulação e a execução de serviços públicos de saúde fornecidos para mães e crianças pobres no Piauí. Na capital, apenas na década de 1920 foram instalados os primeiros postos de saúde mediante a iniciativa pública, porém a situação mais grave ocorria nos municípios do interior, que não contavam com nenhum serviço desse tipo. Também não havia qualquer hospital público no Piauí, mas apenas poucos e precários estabelecimentos filantrópicos, que, no entanto, funcionavam, sobretudo, com auxílios do governo do Estado.

O terceiro capítulo, “Políticos e médicos em defesa de um novo país: o debate sobre a saúde de mães e crianças no Piauí”, analisa como o projeto de desenvolvimento nacional, elaborado a partir de 1930, incluiu a discussão sobre a necessidade de planejamento e execução de medidas em variadas áreas de proteção a gestantes e crianças no Piauí, sobretudo, no campo da promoção da saúde. Influenciado pelo ideário de salvação da infância, a questão ultrapassou as questões humanitárias e científicas, passando a ser defendida como uma missão política de defesa nacional. Isso ocorreu por meio da parceria entre os poderes públicos locais e a sociedade piauiense, com destaque à atuação médica, por meio das técnicas de puericultura.

No capítulo seguinte, “Proteção à saúde materno-infantil no Piauí: os órgãos públicos e as associações particulares”, aborda-se a organização administrativa da Diretoria de Saúde Pública e do Departamento de Saúde, que apesar das tentativas de padronização por parte do governo federal, acabaram adquirindo uma dinâmica própria, visando à estruturação de políticas públicas de saúde para mães e crianças. As iniciativas tornaram-se mais visíveis a partir da criação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, assim como do Departamento Estadual da Criança (DEC), que, atuando junto às associações privadas, intensificaram a organização da assistência.

O quinto capítulo, “A assistência pública às gestantes e seus filhos: o sistema distrital e as unidades hospitalares no Piauí”, analisa a atuação dos poderes públicos locais no funcionamento das instituições de saúde de caráter público e filantrópico, no que se refere à crescente especialização no atendimento de mães e crianças, mas que se revelou limitada e precária na sua prática. Identifica-se como a estruturação do sistema distrital, a partir da instalação dos centros de saúde e dos postos de higiene, resultou em uma maior interiorização dos serviços de saúde pública. Além disso, foi abordada a questão da especialização da assistência em pediatria e obstetrícia nos hospitais gerais, lactários, maternidades e outros estabelecimentos congêneres. No último capítulo é realizada a conclusão da tese.

2 AS PRIMEIRAS INICIATIVAS PIAUIENSES DE SAÚDE PÚBLICA MATERNO-INFANTIL

Este segundo capítulo analisa como a precariedade de funcionamento dos serviços de saúde pública, implantados no Piauí durante o período da Primeira República, interferiu na deficiência de iniciativas específicas para o atendimento de mães e crianças. A atuação da Diretoria de Saúde Pública resultou, apenas, na instalação de alguns postos de saúde na capital do Piauí durante a década de 1920. Essas instituições dispunham de poucos recursos para o atendimento regular de epidemias e endemias tropicais, quando, em âmbito nacional, havia a valorização do saneamento dos sertões. Não existiam hospitais públicos no Piauí, mas apenas a Santa Casa de Misericórdia de Teresina, a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba e o Hospital São Vicente de Paula de Floriano. Esses estabelecimentos filantrópicos contavam, principalmente, com o auxílio financeiro do governo do Estado, mas também das prefeituras, tendo em comum o funcionamento precário dos serviços de assistência médica.

Apesar do ideário de proteção da infância considerar o potencial das iniciativas em saúde como fator de investimento para a aquisição do progresso e da civilização, não existia, no Piauí, um projeto de governo nesse sentido. Além disso, mesmo em âmbito federal, não era observado um sistema de saúde que integrasse o Piauí. A condição de ineficiência da oferta de serviços de saúde acabou contribuindo para a ausência de uma ampla proteção especializada no atendimento das demandas de mães e crianças pelo Estado. Apenas, a partir da década de 1920, essa clientela começou a ser visível em alguns dados de funcionamento de estabelecimentos de saúde da capital que, no entanto, atendiam o público em geral. A exceção era o Posto Escolar Abreu Fialho, único que fornecia atendimento direcionado ao público infantil, além da determinação oficial para criação de um Serviço de Higiene Infantil. Dessa forma, foram verificadas algumas ações isoladas e experimentais que, no entanto, tiveram relevância porque significaram o início de um processo que acabou assumindo dimensão de política de Estado, a partir de 1930, sobretudo, no período de 1937 a 1945.

No primeiro item do capítulo, aborda-se como o projeto de desenvolvimento do Brasil, defendido durante a Primeira República, não foi implementado de forma eficiente no Piauí, sendo que o Estado não possuía condições financeiras de investimento que proporcionasse uma oferta ampla de serviços públicos nas variadas áreas de atuação, inclusive na saúde. Na sequência, discute-se como o novo significado da infância implicou a defesa da salvação das crianças, especialmente no que se refere à sua saúde, como uma forma de investimento em um futuro promissor para o país. Em seguida, na terceira parte do capítulo, analisa-se como os

poderes públicos locais justificaram a incipiência das iniciativas no campo da saúde como decorrência das sucessivas crises financeiras, que resultavam na restrição das receitas, condição verificada até as primeiras décadas do século XX. Em seguida, é abordado como a instalação dos primeiros postos de saúde pública proporcionaram o início da visibilidade de mães e crianças, que, no entanto, esteve limitada a Teresina. Finalmente, identifica-se o financiamento do poder público estadual para o funcionamento dos hospitais filantrópicos, que, apesar disso, funcionavam com graves dificuldades financeiras e sem implementar serviços especializados.

2.1 O PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA REPÚBLICA NO PIAUÍ

O Piauí fica localizado em um território com fronteiras naturais, estendendo-se entre o arco descrito pelo rio Parnaíba e uma cadeia de montanhas no Nordeste do Brasil. O que as autoridades portuguesas sabiam durante o período colonial, era que se tratava de uma imensidão quase desconhecida, imprecisa e sem limites definidos. No século XVII, a região passou a ser ocupada por vaqueiros, como destino dos primeiros currais de gado que subiam o rio São Francisco.²⁵ O devassamento do território foi iniciado nas bacias dos rios Canindé, Gurgueia e Piauí, mas já era um corredor de migração e de guerras, pois os indígenas se deslocavam da bacia do São Francisco e do litoral nordestino para a bacia do Amazonas e vice-versa, sendo também povoado por diversos grupos silvícolas que evitavam o confronto direto com os bandeirantes. No entanto, estes não demoraram em chegar, entrando em confronto direto com os primeiros habitantes. Domingos Jorge Velho liderou esse movimento em direção às terras que dariam origem ao Piauí, onde permaneceu por cerca de vinte e cinco anos, até que, a convite do governador geral, João da Cunha Souto-Maior, deslocou-se em 1687 para o combate em Palmares, que ficava localizado na capitania de Pernambuco.

O início jurídico do Piauí ocorreu pouco depois, com a criação da Freguesia de Nossa Senhora da Vitória, ainda no século XVII. Depois disso, surgiram o Arraial dos Ávilas e o Arraial dos Aroazes, assim como vários outros.²⁶ No início do século seguinte, a região foi desligada da Bahia, sendo criada a capitania do Piauí. Passando, enfim, a existir como território definido e denominado. Seus limites foram estabelecidos com o Ceará, Maranhão, Bahia e Pernambuco. Depois disso, foi subordinado ao Maranhão, mas possuía certa autonomia, tanto que, em meados do século XVIII, foi nomeado o primeiro governador, João Pereira Caldas. No mapa é possível identificar a localização dos núcleos urbanos iniciais:

²⁵ NUNES, Odilon. **Pesquisas para a história do Piauí**. Teresina: FUNDAPI, 2007. v.1.

²⁶ CHAVES, Monsenhor. **Obra completa**. Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 1998.

MAPA 1 - PRIMEIRA CIDADE E PRIMEIRAS VILAS PIAUIENSES

FONTE: Baptista.²⁷

Em 1761, o governador tomou posse da Vila da Mocha, que deu origem a Oeiras, primeira capital do Piauí, conforme pode ser observado no mapa 1. A partir dos primeiros arraiais, foram instaladas as vilas de São João da Parnaíba, Santo Antônio de Campo Maior, Marvão do Piauí, Valença do Piauí, Jerumenha e Nossa Senhora do Livramento do Parnaguá.²⁸ O Piauí somente conseguiu a completa autonomia do Maranhão, no começo do século XIX. De acordo com o primeiro recenseamento, realizado no ano de 1872, a população total era de 202.222 habitantes, que se distribuíam em uma área de 251.529.186 quilômetros quadrados, quase seis vezes maior que o Estado do Rio de Janeiro. A extensão territorial do Piauí tinha como característica a existência de áreas com baixa densidade demográfica e outras, com maior concentração populacional, particularidade que adquiriu a partir da pecuária extensiva.

Com a instalação da República, os governadores piauienses sentiram-se à vontade para proferir críticas ao período imperial sobre a situação de pobreza da região e a dependência

²⁷ BAPTISTA João Gabriel. **Mapas geo-históricos**. Teresina: Haley, 1986. p. 32.

²⁸ NUNES, Odilon. **Pesquisas para a história do Piauí**. Teresina: FUNDAPI, 2007. v.1.

econômica das verbas federais.²⁹ Além disso, também revelaram preocupação com a segurança pública, uma vez que existiam ameaças de que o Piauí fosse incorporado às unidades federativas limítrofes, diante da alegada insuficiência de recursos, sendo, portanto, um período marcado pelo esforço de manutenção da autonomia política. O governador Gabriel Luiz Ferreira retratou a situação de penúria do Piauí quando afirmou que era “[...] impossível manter o Estado sem auxílios prestados com largueza pelo chefe da União.”³⁰ No entanto, persistia a velha prática de negligência às demandas da região. Os governos piauienses subsequentes, sem estímulo do centro do poder e minguados de iniciativas, limitavam-se ao expediente e à feitura de relatórios com alarmantes súplicas ao governo federal, então em luta pela consolidação do novo regime.

Foi em um contexto em que as principais cidades brasileiras passaram por intensa urbanização, que ocorreu a discussão sobre a mudança da capital do Piauí de Oeiras para a região que daria origem à cidade de Teresina, durante a primeira metade do século XIX.³¹ O lugar inicialmente escolhido para a construção da nova capital foi a Vila Velha do Poti. No entanto, o presidente da província, José Antônio Saraiva, desistiu da iniciativa ao visitar o lugar, pois era sujeito às enchentes do rio Poti. Surgiu, então, a ideia de criar a Vila Nova do Poti, na margem direita do rio Parnaíba, onde seria construída Teresina. Um grupo de políticos progressistas liderados por Saraiva defendia que o local escolhido para a construção da nova capital seria salubre, portanto, menos propício às epidemias, segundo as referências higiênicas, tema que será abordado mais adiante, neste mesmo capítulo. Além disso, sua localização às margens do rio Parnaíba, possibilitaria o desenvolvimento da navegação, sendo favorável ao incremento da comunicação e do transporte, o que deveria favorecer as relações políticas e comerciais com a Corte.

Em 1852 foi decretado que a Vila Nova do Poti seria elevada à categoria de cidade, com a denominação de Teresina.³² A mudança para uma capital que ainda seria construída, significava uma ação urbanística audaciosa, sendo considerado um instrumento adequado aos

²⁹ Com a criação da República almejava-se uma re-fundação do Brasil, sendo defendido que o país poderia superar o atraso e a ignorância, representados pela ordem oligárquica. O objetivo era que o sistema republicano tivesse os atributos para promover o desenvolvimento e a civilização, em um contexto de valorização do progresso. CARVALHO, José Murilo de. **A formação das almas: o imaginário da República no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

³⁰ PIAUHY. Governo 1891. **Mensagem Lida ao Congresso em Sessão Extraordinária pelo Sr. Governador do Estado Dr. Gabriel Luiz Ferreira no Dia 7 de novembro de 1891**. Teresina: Typ. do Piauí, 1891.

³¹ As inovações ocorridas na França, considerada modelo de civilização, tornaram-se referência para muitos países ocidentais. No Brasil, as mudanças ocorridas principalmente no Sudeste a partir da abolição, do advento da República e da separação entre a Igreja e o Estado, contribuíram para provocar uma crescente urbanização, além de transformações nos modos de vida. O Rio de Janeiro, como capital do país, foi um dos primeiros locais onde se observaram essas mudanças, sendo referência para o Piauí. QUEIROZ, Teresinha de Jesus Mesquita. **História, literatura, sociabilidades**. Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 1998.

³² CHAVES, Monsenhor. **Obra completa**. Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 1998.

propósitos de progresso para a província. O projeto do traçado da cidade teve por base a forma de um tabuleiro de xadrez, registrando ruas alinhadas, divisões em quarteirões e espaços de largos, ocupando uma área aproximada de 4.600 quilômetros quadrados. No entanto, a Teresina nasceu acanhada, sendo que o progresso não passou de apenas uma aspiração.³³ Na região do centro, área de povoação inicial, cerca de 8.000 mil habitantes viviam em ritmo de um cotidiano ruralizado, dividindo o espaço com animais, mato, poeira, lama, riachos e casas de palha, sem uma estrutura que estivesse exatamente de acordo com os anseios de um progresso urbano homogêneo, como defendiam os poderes públicos. Nas tabelas 1 e 2 é possível observar as condições das finanças estaduais na Primeira República:

TABELA 1 - RECEITAS DO ESTADO DO PIAUÍ NO PERÍODO DE 1891 A 1914

ANOS	VALORES	ANOS	VALORES	ANOS	VALORES
1891	644:776\$160	1899	936:222\$572	1907	1.299:780\$987
1892	634:000\$000	1900	738:848\$603	1908	1.073:450\$832
1893	619:534\$465	1901	770:544\$629	1909	1.355:741\$396
1894	716:578\$274	1902	858:592\$367	1910	1.664:545\$661
1895	752:518\$633	1903	983:196\$499	1911	1.360:239\$000
1896	701:886\$959	1904	998:824\$717	1912	1.487:748\$391
1897	671:422\$601	1905	1.016:026\$457	1913	1.476:047\$429
1898	747:419\$818	1906	1.117:101\$091	1914	1.315:249\$989

FONTE: Mensagens e relatórios do Executivo Estadual.

TABELA 2 - RECEITAS DO ESTADO DO PIAUÍ NO PERÍODO DE 1915 A 1929

ANOS	VALORES	ANOS	VALORES	ANOS	VALORES
1915	1.530:579\$570	1920	1.932:871\$907	1925	3.061:886\$744
1916	1.870:919\$299	1921	2.101:761\$328	1926	3.839:310\$921
1917	1.780:983\$655	1922	2.871:021\$778	1927	4.672:403\$037
1918	2.024:825\$924	1923	4.050:279\$388	1928	Não disponível
1919	2.050:340\$544	1924	3.332.614\$733	1929	Não disponível

FONTE: Mensagens e relatórios do Executivo Estadual.

Até o último quartel do século XIX, a agricultura e, sobretudo a pecuária, foram as principais fontes de divisas do Estado, a partir do consumo interno e também da exportação de couro e carne. Foi nesse período que a intensa atividade industrial dos países europeus colocou em evidência a exportação da borracha de maníçoba, que se tornou o principal fundamento da economia.³⁴ As outras atividades adquiriram posição secundária nas exportações, entretanto,

³³ QUEIROZ, Teresinha de Jesus Mesquita. **Os literatos e a República**: Clodoaldo Freitas, Higino Cunha e as Tirânicas do Tempo. 2. ed. Teresina: EDUFPI, 1998.

³⁴ A maníçoba tratava-se de uma planta da qual era extraída o látex. Existia em abundância no Piauí, concentrando-se nas áreas semiáridas. Id. **Economia piauiense**: da pecuária ao extrativismo. Teresina: EDUFPI, 2006.

permaneceram como atividades de subsistência, fazendo parte do cotidiano da população, que ainda vivia predominantemente na área rural.

Observando-se os dados da tabela 1, é possível verificar que no período de 1891 a 1897, as receitas se mantiveram na mesma faixa de valores, sem alterações significativas para a capacidade financeira do Estado. Entre 1898 e 1914 deu-se um aumento gradual, ainda que existisse certa oscilação nos valores das receitas. Isso permitiu uma melhoria sutil na condição financeira, resultando em recursos necessários para o pagamento das despesas do Estado que, antes, não dispunha de renda sequer para o funcionamento da máquina administrativa.³⁵ No centro da capital também foram instalados alguns serviços públicos, como abastecimento d'água, energia elétrica, linhas telegráficas, bem como a construção de praças, avenidas e prédios públicos.³⁶

Considerava-se que, para se adequar ao ideário do progresso, a sociedade deveria ser ordenada e seus habitantes disciplinados. Isso pode ser verificado a partir de medidas de segurança e organização da cidade com o código de posturas, ou ainda, pela intervenção de instituições públicas e filantrópicas. No entanto, ocorreram apenas algumas mudanças superficiais, insuficientes para a transformação das feições provincianas da capital. Certamente, um agravante para isso, foi que o aumento verificado nas rendas não permitiu alteração efetiva na condição de dificuldade financeira, o que foi admitido pelo governador Miguel Rosa, ao afirmar que o Piauí era “[...] pequeno, pobre, possuindo fontes de receita determinadas e fallíveis, e compromissos certos e irretractáveis.”³⁷ Conforme a tabela 2, o aumento das receitas estaduais sofreu constante oscilação no período entre 1915 e 1927, não servindo, mais uma vez, para resolver a crise econômica do Estado.

O ideário de progresso do Piauí foi convertido em um sonho que seria realizado cada vez num futuro mais distante. Acreditava-se que, um dia, seria atingido um estágio mais elevado de civilização e de desenvolvimento, no entanto, decididamente, o momento ainda não era aquele. Os governos locais investiram pouco em serviços públicos, pois as receitas, frequentemente, eram destinadas ao pagamento das despesas com funcionários, empréstimos e fornecedores. A partir dessa situação, a limitação do funcionamento da máquina administrativa

³⁵ PIAUHY. Governo 1904-1907. **Mensagem Apresentada à Camara Legislativa no dia 10 de junho de 1905 pelo Exm. Sr. Dr. Alvaro de Assis Osorio Mendes, Governador do Estado.** Therezina: Typ. do Piahy, 1905.

³⁶ QUEIROZ, Teresinha de Jesus Mesquita. **As diversões civilizadas em Teresina: 1880-1930.** Teresina: FUNDABI, 2008.

³⁷ PIAUHY. Governo 1912-1916. **Mensagem apresentada à Camara Legislativa no Dia 1º de junho de 1913 pelo Exm. Sr. Dr. Miguel de Paiva Rosa, Governador do Estado.** Therezina: Typ. do Piahy, 1913.

foi um fator importante que contribuiu para a precariedade da saúde pública durante a Primeira República, repercutindo negativamente na proteção materno-infantil.

2.2 A INFÂNCIA COMO INVESTIMENTO NO FUTURO DO BRASIL

A modificação do significado da criança na Europa ocorreu muito mais cedo do que no Brasil. O retorno ao lar foi um grande acontecimento que proporcionou à organização familiar dos seiscentos a principal característica que a distinguiu das famílias medievais, pois as crianças se tornaram elemento indispensável da vida cotidiana.³⁸ Com o desenvolvimento do processo, os adultos passaram a se preocupar com a segurança e o bem-estar infantil, o que provocou melhorias significativas na saúde e na educação.³⁹ Essa ressignificação estava intimamente ligada à valorização de um novo conceito de família, o que possibilitou uma separação nítida entre as condições infantil e adulta, exigindo a construção de novos papéis materno e paterno.

A criança, considerada como um indivíduo ainda não formado completamente, passou a exigir que a família se tornasse um local exclusivo de proteção e cuidados, afinal essa seria não somente uma responsabilidade, mas também a motivação que o pai e a mãe teriam para continuar juntos e até mesmo para viver. Foi de forma lenta e descontínua que o novo significado da infância foi assimilado e difundido em regiões menos urbanizadas e rurais, bem como em outros segmentos sociais, e não apenas na Europa, mas também em grande parte do Ocidente, inclusive, no Brasil.⁴⁰

Antes do surgimento do novo significado da infância, o núcleo familiar colonial concebia a criança restrita ao papel social de filho, submetido ao poder paterno. Ao pai-proprietário interessava o filho adulto, com capacidade para herdar seus bens, levar adiante o seu trabalho e enriquecer a família.⁴¹ Além de não ser ainda um foco de atenção especial, a criança era duplamente muda. Não era percebida e nem ouvida. Nem falava e nem dela se falava. Sob essa perspectiva, não tinha utilidade até a puberdade, quando se dava a entrada precoce na vida adulta. Cedo, meninas e meninos eram obrigados a assumir posturas e

³⁸ ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

³⁹ HEYWOOD, Colin. **Uma história da infância**: da Idade Média à época contemporânea no Ocidente. Porto Alegre: Artmed, 2004.

⁴⁰ A ideia de infância surgiu com a sociedade capitalista urbano-industrial, quando ocorreu a mudança no papel social desempenhado pela criança apenas como ser biológico. Na sociedade burguesa, ela passou a ser alguém que precisava de cuidados cotidianos, investimento na saúde e escolarização, visando à formação de um adulto saudável e produtivo. BERTUCCI, Liane Maria. Para a saúde da criança: educação do trabalhador nas teses médicas e nos jornais operários em São Paulo, início do século XX. **Revista Mundos do Trabalho**, Santa Catarina, v. 7, n. 13, p. 27-42, jan./jun. 2015.

⁴¹ COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

responsabilidades, adquirindo novo lugar na família e, consequente ressignificação dos seus papéis sociais. A representação da infância como uma fase que merecia o desvelo absoluto dos pais, devendo ser o principal elemento familiar e o recurso mais precioso de investimento da mãe e do pai era, portanto, recente, passando a adquirir configuração nos oitocentos.

Na Europa, o núcleo familiar começou a perder sua autonomia para o Estado, tendência que foi acentuada, sensivelmente, com as revoluções liberais, já que, em nome da preservação da ordem social, da educação obrigatória, bem como da necessidade de integrar crianças e jovens pobres ao trabalho, o Estado também passou a zelar pela defesa da família monogâmica.⁴² Os filhos passaram a ser criados para servir à humanidade inteira, e não mais apenas à família, de forma que o Estado passou a defender, gradativamente, os seus direitos. Essas mudanças tiveram ressonância no Brasil, onde a criança passou a ser concebida como um patrimônio, sendo educada para servir ao desenvolvimento do país em um futuro próximo, opondo-se, portanto, à condição de vadiagem. Nesse sentido, proteger a criança significava cuidar do país, e investir na sua formação moral representava um projeto de transformação do Brasil. Essa ideia de infância como chave para o futuro adquiriu repercussão entre o final do século XIX e o início do século XX, estando associada a uma nova conceituação que exerceu forte impacto nas formulações e práticas sobre a questão.⁴³

O movimento que tinha a pretensão de salvar a criança teve origem a partir das teorias de que o meio familiar deletério, como também a herança biológica, poderiam transformá-la em delinquente, pois poderia nascer com certas inclinações inatas que acarretariam consequências funestas para a sociedade.⁴⁴ As ideias baseadas na eugenia, particularmente visíveis a partir da década de 1910, propunham uma intervenção sobre a infância, adquirindo relevância nos debates em torno do futuro do Brasil e também para a definição da identidade nacional, pois a mestiçagem era considerada um entrave ao progresso, conforme acreditavam muitos pensadores.⁴⁵ Era crença que a hibridização estava na origem de problemas, como a loucura, a criminalidade e várias doenças, sendo, portanto, um fator antievolutivo, resultando na permanência do gene mais fraco e menos apto, assim como na potencialização dos defeitos e das imperfeições físicas e morais por várias gerações.

⁴² PASSETTI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (Org). **História das crianças no Brasil**. 6. ed, São Paulo: Contexto, 2009. p. 347-376.

⁴³ BESSE, Susan K. **Modernizando a desigualdade**: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil: 1914-1940. São Paulo: EDUSP, 1999.

⁴⁴ PEREIRA, Júnia Sales. **História, ciência e infância**: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

⁴⁵ STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 331-392.

Em uma sociedade hierarquizada como a brasileira, na qual o branco europeu era considerado como civilizado e superior, os índios e os negros como selvagens e os mestiços como degenerados, sendo considerados inferiores, o objetivo de muitos eugenistas quanto à salvação nacional era o aprimoramento racial para extirpar os malefícios da miscigenação.⁴⁶ A eugenia exerceu sua influência a partir da justificação e legitimação de propostas racistas por meio de um discurso pseudocientífico de depuração do sangue, como a vinda de imigrantes brancos e o controle de casamentos, o que, pensavam seus propositores, levaria à constituição de um tipo racial brasileiro superior. Ao procurar melhorar a raça, defendiam que a seleção dos genitores resultaria na geração de crianças saudáveis, evitando a degeneração social.

Portanto, uma parte importante do ideário sobre a infância estava relacionado ao novo estatuto adquirido pela saúde.⁴⁷ Em países como o Brasil, no qual o ensino oficial da medicina passou a existir apenas no século XIX, esta, mesmo quando conseguiu ter autoridade reconhecida para tratar as doenças, só atingiu pequena parcela da população, branca e endinheirada, ficando a grande maioria a socorrer-se de outras práticas não regulamentadas, pelo menos até o início do século XX.⁴⁸ Mas essa situação não era exclusiva ao Brasil, pois, mesmo em países considerados civilizados, esse processo também ocorria de maneira similar, uma vez que os grupos sociais que viviam afastados das grandes cidades não contavam com atendimento médico e continuavam com as práticas tradicionais de cura. Podia-se perceber melhor a influência da medicina entre setores como a burguesia, regiões urbanas de alguns países europeus e regiões mais urbanizadas dos Estados Unidos. Com isso, não havia uniformização da medicalização, termo utilizado em referência à crescente apropriação dos modos de vida da população pela medicina.⁴⁹

Uma importante mudança que contribuiu para o estabelecimento da medicalização, foi a criação das condições para a inserção do médico na família. O projeto normalizador dos médicos tinha uma intenção disciplinadora dos comportamentos relativos à saúde. Assim a infância, antes manipulada apenas pela religião, pelos saberes populares e pelo núcleo familiar, foi novamente utilizada como instrumento do saber/poder. Ocorria que o médico penetrava o espaço familiar e, através do estabelecimento da confiança feminina, tentava modificar, aos

⁴⁶ MACIEL, Maria Eunice de S. A eugenia no Brasil. **Anos 90**, Porto Alegre, n. 11, p. 126-7, jul. 1999.

⁴⁷ MARTINS, Ana Paula Vosne. “Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro v. 15, n. 1, p. 135-154, jan./mar. 2008.

⁴⁸ Id. **Visões do feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

⁴⁹ FOUCAULT, Michael. O Nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996. p 79-98.

poucos, o perfil das relações.⁵⁰ Assim fazendo, instalava-se nas famílias, distribuindo consultas, remédios e orientações sobre as questões referentes aos aspectos relacionados com a constituição física e mental. Para isso, usava argumentos de autoridade, respaldados na formação universitária de caráter científico.

A profissionalização da medicina contribuiu não somente para aumentar a autoridade e o poder dos médicos para intervir nas questões relativas às mães e seus filhos, mas também na esfera pública da política. A criação de organizações profissionais concorreu para incrementar a importância social e a influência política, ao promover pesquisas, publicações e congressos que chamaram a atenção para o problema da infância, definindo os médicos como autoridades incontestes no assunto. Conscientemente, eles punham à disposição dos governos o que sabiam ou podiam fazer para levar os indivíduos a compactuarem com a ordem estatal. A aceitação do poder médico pela família foi essencial para que o Estado reconhecesse e fortalecesse sua autoridade. Era explícita a insistência em fazer a defesa da sociedade, do país ou de outros eufemismos para designar o Estado, pois a ciência passou a fazer parte da política. Foi essa condição que propiciou a parceria com o Estado nas questões de saúde pública, sendo privilegiados os temas relacionados à mulher e à criança na intenção disciplinadora dos hábitos e comportamentos.⁵¹

Com isso, na segunda metade do século XIX, tanto a mulher quanto a criança tornaram-se personagens centrais na discussão dos assuntos de saúde, por meio de temas como a gravidez, o aleitamento, a mortalidade infantil, entre outros.⁵² Para viabilizar as novas práticas, foi necessária a utilização da puericultura, um campo específico de conhecimento médico que tinha o objetivo de conservar a condição saudável das crianças, para que chegassem ao mundo e se desenvolvessem normalmente, promovendo o amparo e a defesa contra os múltiplos perigos que as ameaçavam, em consequência da ação maléfica dos fatores ambientais e sociais.⁵³ A puericultura representava, nos seus primórdios, a consolidação de um projeto iniciado na Europa, no século XVIII, que visava à conservação das crianças, essencial para os Estados modernos, os quais mediam as suas forças pelo tamanho de seus mercados e exércitos. Podendo, dessa forma, ser considerada como uma prática específica da sociedade ocidental, a chegada da puericultura ao Brasil ocorreu no século XIX.

⁵⁰ ENGEL, Magali. **Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

⁵¹ GONDRA, José G. “Modificar com brandura e prevenir com cautela.” Racionalidade médica e higienização da infância. In: FREITAS, MARCOS Cezar de; KUHLMANN JÚNIOR, Moysés (Orgs.). **Os intelectuais na história da infância**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 289-318.

⁵² ENGEL, op. cit.

⁵³ GESTEIRA, Raymundo Martagão. **Puericultura**. Rio de Janeiro: Pan-americana, 1945.

Na sua finalidade da defesa infantil, a puericultura foi utilizada principalmente pelos médicos, que se dirigiam, sobretudo, às mães de crianças de todas as camadas sociais, instintivamente, mas colocava-se como mais necessária àquelas que nasciam em meio social desfavorável, por causa dos inúmeros riscos à saúde. Era oferecido um amplo e diversificado estoque de ensinamentos técnicos para guiar a conduta no cuidado das crianças. A partir do domínio desse arsenal científico, as mulheres estariam, supostamente, aptas a desenvolver sua nobre missão no cumprimento do papel social materno, que era resultado de um processo de violência simbólica culturalmente construído, mas reproduzido como irredutível e universal.⁵⁴ As novas ideias científicas e racionais opunham-se às iniciativas tradicionais ensinadas por parteiras, vizinhas ou parentes, consideradas, em sua maioria, maléficas para a saúde e para vida infantis, conforme a prática escriturística dos médicos.⁵⁵

A proposta salvacionista da criança ganhou dimensão entre a década de 1870 e as primeiras décadas do século XX, quando teve início um amplo movimento reformista internacional liderado por médicos de várias especialidades e pelo movimento de mulheres feministas e não-feministas, ao defender a necessidade de intervenção do Estado para atender as mães pobres e seus filhos.⁵⁶ Os agentes sociais que participaram desse movimento tiveram atuação efetiva nos debates sobre os direitos de mães e crianças, tornando possível a organização de ações que resultaram em iniciativas como a Organização Internacional do Trabalho no ano de 1919 e a Declaração de Genebra em 1921, expressando uma nova atitude diante da infância e também da maternidade.

Do mesmo modo que o ativismo feminino europeu e estadunidense desempenhou papel importante na elaboração de ações públicas, isso também aconteceu no Brasil.⁵⁷ A atuação das organizações feministas adquiriu relevância, merecendo destaque a Federação Brasileira para o Progresso Feminino (FBPF), cuja fundadora foi Bertha Lutz.⁵⁸ Ao retornar das

⁵⁴ SOIHET, Raquel. História das mulheres e história de gênero: um depoimento. **Cadernos Pagu**, v. 11, p. 77-87, 1998.

⁵⁵ Este poder, essencialmente escriturístico, não contesta apenas o privilégio do nascimento, mas define o código da promoção socioeconômica. Domina, controla ou seleciona, segundo suas normas, todas e todos que não possuem esse domínio da linguagem. CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: 1. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 2005.

⁵⁶ MARTINS, Ana Paula Vosne. Entre a benemerência e as políticas públicas: a atuação da Liga Baiana Contra a Mortalidade infantil no começo do século XX. **Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 43-60, 2º sem. 2005.

⁵⁷ O movimento feminista desafiou a ordem conservadora, bem como as propostas revolucionárias que consideravam a questão da mulher como menor, diante da luta de classes. Nesse sentido, desde as suas primeiras manifestações, ainda nos oitocentos, o movimento teve um caráter fragmentado, com múltiplas pretensões, objetivos e manifestações, em que os momentos unitários foram poucos e apresentavam finalidades muito específicas. Para mais informações ver PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Perseu Abramo, 2003.

⁵⁸ MARTINS, op. cit.

viagens que fez aos Estados Unidos, onde participou de vários movimentos em prol dos direitos políticos e da legislação trabalhista, fundou, com outras mulheres, a FBPF em 1922. Procurava-se trazer para a causa, as mulheres profissionais de classes médias e altas, que pudessem fortalecer a mobilização, contribuindo com suas ideias para o embate político. O posicionamento dessas mulheres fez parte dos primórdios do movimento no Brasil, seguindo o feminismo liberal, elas enfocavam os direitos políticos, melhorias no trabalho feminino, assim como a proteção à maternidade e à infância.

Em 1919, a fundação da Sociedade Brasileira de Pediatria, por médicos prestigiados, como Moncorvo Filho, Martagão Gesteira e Fernandes Figueira, também representou o pensamento médico-social em vigor sobre a proteção às mães e às crianças. Este defendia a necessidade do envolvimento do Estado na organização de serviços públicos de assistência à saúde e também na elaboração de uma legislação que protegesse a mulher trabalhadora e seus filhos.⁵⁹ Essas ideias ganharam ressonância, ao serem debatidas por médicos pediatras e obstetras de todo o país durante o I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, ocorrido no Rio de Janeiro em 1922, que contribuiu para que a organização dos médicos adquirisse maior dimensão, resultando na discussão de projetos e ações que denunciavam a ausência de iniciativa efetiva do Estado sobre a questão da proteção de mães e crianças.

Na década de 1920, mediante a contribuição de movimentos formados por feministas e médicos, algumas leis que visavam proteger a infância chegaram a ser promulgadas.⁶⁰ O Estado passou a reconhecer a pobreza como uma causa concreta do abandono e do potencial de delinquência. Assim, além da assistência predominantemente asilar, os outros meios de atingir a criança que vivia na família, seriam, principalmente, através do atendimento médico e da educação. À justiça caberia regulamentar a proteção e à filantropia estava reservada a missão de prestar assistência às mães e crianças pobres, em associação com as ações públicas.⁶¹ Assistiu-se ao avolumar de capítulos, artigos e incisos, procurando-se promover, com todo o detalhamento possível, a regulamentação da assistência à infância, a partir da integração de profissionais, como juristas, médicos, assistentes sociais e psicólogos, encarregados de justificar, com base em critérios técnicos e no conhecimento disponível, a intervenção nos mais diversos problemas da infância.⁶²

⁵⁹ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. **Humanitas**, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

⁶⁰ PASSETTI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (Org). **História das crianças no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2009. p. 347-376.

⁶¹ RIZZINI, Irene. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

⁶² Ibid.

A primeira lei federal de alcance nacional que tratou da maternidade foi o Decreto nº 16.300, inspirado na legislação francesa e na Convenção nº 3, adotada em 1919 por ocasião da Primeira Conferência Internacional do Trabalho.⁶³ Entrando em vigor somente em 1921, tratou das condições do trabalho feminino nas indústrias e no comércio, bem como regulamentou a licença maternidade. No Brasil, havia uma intervenção restrita do Estado, pois o texto da lei referia-se muito mais às medidas que deveriam ser tomadas pela iniciativa privada. Com inspiração liberal, promoveu benefícios limitados para as mulheres trabalhadoras e seus filhos, pois a sua aplicabilidade não possuía caráter compulsório. O Estado apenas propunha, mas não fiscalizava e, muito menos, intervinha, ao deixar que os benefícios resultassem da negociação entre trabalhadoras e patrões. A lei estabelecia que seria facultada uma licença de 30 dias antes e 30 dias após o parto, além disso, aquelas que amamentavam deviam contar com creches ou salas de amamentação próximas ao local de trabalho. Como resultado, para as mulheres que trabalhavam, o horário era habitualmente o mesmo do homem, além disso, permaneciam no emprego até o parto e retomavam ao trabalho antes do restabelecimento da saúde, a fim de não serem prejudicadas.

Já no ano de 1923, o Decreto Federal nº 16.272 reconheceu a pobreza como causa principal do abandono de crianças e da delinquência juvenil. O Decreto nº 16.273, no mesmo ano, reorganizou a Justiça do Distrito Federal, criando o Juiz de Menores.⁶⁴ Em 1925, o Decreto n.º 4.983 estabeleceu medidas complementares às leis de assistência e proteção dos menores abandonados e delinquentes.⁶⁵ No ano de 1927, foi criado o Código de Menores, que estabeleceu os alicerces da centralização de ações públicas na área da assistência à infância através de convênios com o setor privado. O Estado do Piauí, também adotou medidas legislativas de assistência e proteção para as crianças abandonadas e delinquentes. De acordo com a Lei nº 1.124 de 1925, o Executivo ficou responsabilizado por criar estabelecimentos apropriados para a execução de regime disciplinar e educativo para as crianças apreendidas, além de providenciar a proteção da saúde, a vigilância e a educação.⁶⁶

⁶³ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. **Humanitas**, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

⁶⁴ O termo menor era utilizado para denominar as crianças abandonadas e delinquentes. MOURA, Esmeralda Blanco. O fim, o meio e a forma: O Brasil desejado, a infância e a lei na Assembleia Constituinte de 1934. In: MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima (Orgs.). **Infância & saúde: perspectivas históricas**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2009. p. 21-59.

⁶⁵ AREND, Sílvia Maria Fávero De exposto a menor abandonado: uma trajetória jurídico-social. In: VENÂNCIO, Renato Pinto (Org.). **Uma história social do abandono de crianças: de Portugal ao Brasil, séculos XVIII-XX**. São Paulo: Alameda, 2010. p. 339-359.

⁶⁶ PIAUHY. Lei nº 1.124, de 30 de junho de 1925. Adota medidas de assistência e proteção aos menores de qualquer sexo, abandonados ou delinquentes, de acordo com o Decreto Federal nº 16.272, de 20 de dezembro de 1923. **Leis de 1925**. Theresina: Imprensa Oficial, 1925.

Dessa forma, foram produzidas as primeiras leis em favor das crianças pobres para obstar as ameaças de delinquência e criminalidade, além de promover a integração social.⁶⁷ No entanto, em geral, estas leis permaneceram sem aplicação, como “letra morta”. A ação enérgica e sistematizada do poder público sobre o problema materno-infantil, ainda não havia sido efetivada, apesar de todas as discussões e os debates acerca da relevância de ações que estivessem de acordo com o ideário de salvação da criança. Com isso, no final da década de 1920, sobretudo, os setores médico e feminista, ainda denunciavam, incansavelmente, o desinteresse e a negligência que marcavam a condição da proteção pública das crianças e das mulheres em estado gravídico no Brasil, inclusive, no que se referia às ações no setor da administração e na implementação dos serviços de saúde.⁶⁸ Isso também ocorreu no Piauí, pois a condição de pouca expressividade das iniciativas dos poderes públicos diante do problema da saúde materno-infantil foi verificada durante a Primeira República, como passará a ser analisado no decorrer do capítulo.

2.3 AS AÇÕES DE SAÚDE NO ATENDIMENTO DE MÃES E CRIANÇAS

Em âmbito federal, algumas ações de saúde começaram a ser realizadas apenas no século XIX. Isso ocorreu, sobretudo, a partir da verificação da elevada incidência de epidemias e do aumento das taxas de mortalidade, problemas que passaram a ser identificados como entraves para o aumento do nível de desenvolvimento e para a aquisição de um grau civilizatório aceitável.⁶⁹ Com a medicina social, a função do médico foi ampliada, passando a intervir sobre as condições de saúde da população, sendo que, antes, era responsável apenas pelo tratamento das enfermidades.⁷⁰ Os seus encargos eram de assegurar a aplicação de medidas que visavam à saúde e ao vigor dos corpos, aumentar a longevidade dos indivíduos e os números da população do país, além de intervir sobre os costumes privados e a moral pública. Como categoria que se tornou cada vez mais expressiva na sociedade brasileira, os médicos integravam o campo da racionalidade científica, cuja prática era orientada em prol do bem da humanidade e da defesa do país.⁷¹

⁶⁷ MARCÍLIO, Maria Luiza. **História social da criança abandonada**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

⁶⁸ FREIRE, Maria Martha de Luna. Quando a caridade encontra a ciência: um olhar sobre a trajetória do dr. Arthur Moncorvo Filho. In: SANGULAR, Gisele. et. al. **Filantropos da nação**: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p. 113-148.

⁶⁹ MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da Colônia**: limites e espaços da cura. 2 ed. Recife: UFPE, 2011.

⁷⁰ CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**: Cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo, Companhia das Letras, 2006.

⁷¹ COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

No contexto de preservação da saúde é que surgiu a higiene, considerada como um novo campo do saber que vigorou a partir do século XIX no Brasil, influenciando não somente os médicos, mas também engenheiros, professores e outros.⁷² A higiene tinha a finalidade de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e mental, bem como a eficiência produtiva dos grupos, comunidades e indivíduos. Para cuidar da saúde das pessoas, eram estabelecidas regras sobre o modo de viver a partir de cuidados sobre a alimentação, a habitação, o vestir, o dormir e outros. Nada mais coerente com esta definição que a gerência médica em todos os setores da vida pública e privada.

O conhecimento, a vigilância e a intervenção tornaram-se gradativamente crescentes em domicílios, quartéis, escolas, hospitais e até mesmo em bordéis. A própria noção do público e do privado se alterou, pois questões como alojamento, trabalho e educação passaram a interessar não somente ao indivíduo e à família, mas ao médico e ao governo, guardiães de uma sociedade física e moralmente sadia.⁷³ As questões higiênicas acabaram tornando-se imediatamente sociais, e o médico passou a ser um agente capaz não apenas de remediar, mas prevenir os males sociais, mediante associação do poder técnico com o poder público.

Como uma forma de enfrentar os problemas higiênicos, durante o período imperial, foi criada a Junta Central de Higiene, que tinha a atribuição de deliberar sobre as soluções possíveis dos problemas de saúde pública.⁷⁴ Além disso, a Câmara Municipal da Corte passou a ter a atribuição de tratar da regulamentação das habitações insalubres da população pobre, consideradas responsáveis pela proliferação de doenças, por ignorar as regras da higiene. No entanto, as ações desses órgãos estavam limitadas ao Rio de Janeiro e, além disso, atuavam, sobretudo, no controle e no enfrentamento dos surtos epidêmicos. Tendência semelhante ocorria com os movimentos de reforma da saúde pública na Europa, quer na França, Alemanha ou Inglaterra, que tenderam a se voltar para os cenários urbanos e, ainda que destacassem a associação entre cidade e doença, revelavam certa dose de otimismo na crença de que a higiene permitiria intervir positivamente sobre o insalubre espaço urbano.⁷⁵

Apesar das discussões higienistas repercutirem em âmbito federal, não pareceram contribuir como influência positiva para a alteração na condição da saúde pública no Piauí. Nos

⁷² ALMEIDA, Wilson Castelo de. **Higiene e puericultura**: noções práticas de medicina preventiva. Rio de Janeiro: Júpiter, 1971.

⁷³ PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene. Conclusão. In: _____. (Orgs.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3. ed. São Paulo: 2011. p. 323-329.

⁷⁴ CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

⁷⁵ AVANZINI, Claudinéia Maria Vischi. **As origens do Hospital das Crianças**: saúde e educação em Curitiba, 1917-1932. 2011. 124 f. (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, 2011.

oitocentos, o órgão de saúde local era a Inspetoria de Higiene Pública, no entanto, não passava de uma repartição simbólica.⁷⁶ Ainda não havia sido decretado um regulamento para o seu funcionamento e também não havia instruções sobre a elaboração dos códigos sanitários municipais, a partir dos quais ficassem definidas as atribuições das intendências. Sendo assim, a Inspetoria não tinha condições de realizar o planejamento e, muito menos, a execução de serviços adequados, inclusive, aqueles dirigidos às mães e crianças.

A condição de inércia do órgão piauiense poderia ter sido alterada com a Constituição de 1891, pois apesar do seu artigo quinto determinar que cada Estado deveria prover, a expensas próprias, as suas necessidades, estabelecia também que a União poderia prestar auxílio nas emergências, para aqueles que viessem a realizar solicitação.⁷⁷ Mas isso não ocorreu, já que os governadores faziam reclamações constantes sobre a concessão dos auxílios financeiros. É ilustrativa a afirmação de Coriolano de Carvalho e Silva, revelando insatisfação com a forma pela qual o governo federal conduzia a sua relação com o Piauí:

Somos parte integrante da federação, e della temos o direito de esperar os favores que a mãos largas tem se derramado em outros estados mais felizes que o nosso. Não é possível que na Republica continuemos ainda no estado de abandono em que vivíamos no regimem passado; a Constituição não estabeleceu preferências em favor deste ou daquelle estado [...].⁷⁸

Apesar dos pedidos de ajuda financeira para o governo federal, o que poderia ser determinante para que investimentos efetivos fossem realizados na saúde pública, o governador demonstrou insatisfação ao denunciar o que ele considerou uma ausência de atenção com o Piauí, ainda mais quando comparou essa situação desfavorável com os favores prestados a outras unidades federativas, que, mesmo sendo as mais desenvolvidas do país, ainda assim, eram privilegiadas. Coriolano de Carvalho e Silva reivindicou que o Piauí fosse inserido na política nacional, condição que ele esperou, sem sucesso, que fosse atingida com a instalação do regime republicano.

A inexpressividade da saúde pública piauiense no final do século XIX, situação justificada pela ausência de organização administrativa e verbas insuficientes para investimentos, também era resultado da deficiência de médicos. Existiam, apenas, dezenove

⁷⁶ PIAUHY. Governo 1890. **Relatório com que o Sr. 1º Vice-Governador do Estado do Piahy, Dr. Joaquim Nogueira Parnaguá Entregou a Respectiva Administração ao Sr. Gabino Besouro no Dia 23 de agosto de 1890**. Therezina: Typ. de Honorato Souza, 1890.

⁷⁷ BRASIL. Constituição (1891). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1891**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm>. Acesso em: 15 fev. 2015.

⁷⁸ PIAUHY. Governo 1892-1896. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa do Estado do Piahy, pelo Governador Dr. Coriolano de Carvalho e Silva, em 7 de setembro de 1895**. Theresina: Typ. do Piahy, 1895.

profissionais registrados na Inspetoria de Higiene Pública. Na falta de médicos, funcionavam somente seis Delegacias de Higiene Pública.⁷⁹ Elas estavam localizadas nos municípios de Oeiras, Parnaíba, Amarante, União, Vila do Livramento e Vila de Nossa Senhora do Corrente. Funcionavam com um médico, que representava o governo estadual no controle epidêmico, atuando em parceria com os municípios nos casos de urgência.⁸⁰ Com isso, a maior parte do território ficava sem nenhuma assistência. As epidemias que atingiam o Piauí faziam grande número de vítimas, confirmando a falta de decisão política com relação à saúde da população, o que afetava, consequentemente, mães e crianças.

Somente no ano de 1898, a administração da saúde pública do Piauí foi, enfim, reorganizada a partir da criação da Diretoria de Saúde Pública.⁸¹ A situação econômica era de uma fase mais próspera, com o comércio da borracha de maniçoba, sendo esse um dos fatores que colaborou para que a iniciativa ocorresse em condições mais favoráveis. A inauguração do novo órgão permitiu, enfim, a formulação dos regulamentos de funcionamento e o planejamento de ações. Porém, no que se refere ao fornecimento de serviços regulares de saúde, não ocorreram alterações na condição estacionária. Aliás, a Diretoria contava apenas com um diretor, um secretário e um servente, o que exigia uma urgente ampliação do quadro de pessoal, inclusive, para que a repartição tivesse uma organização mais técnica, sendo que o investimento financeiro, ainda insignificante, continuou a ser um problema que repercutiu na atuação incipiente do órgão.

Os surtos epidêmicos eram o único tipo de problema enfrentado pela Diretoria de Saúde Pública, sendo um campo de ações emergenciais do Estado. Em um desses episódios, uma infestação de varíola no município de Parnaíba no ano de 1900, tipo de notícia frequentemente relatada na imprensa, pode ser observada a importância da realização de ações articuladas pelos governos. O órgão piauiense apenas atuou realizando medidas como abertura de crédito, envio de medicamentos e deslocamento dos delegados de saúde. Ações rápidas eram necessárias para que a epidemia não se alastrasse, existindo o risco de adquirir uma gravidade maior. Foi realizada a fiscalização das casas denunciadas pelo delegado de higiene, João Maria Marques Basto, seguindo-se a remoção dos doentes pelo delegado de polícia para o Lazareto da Ilha Grande, onde ficariam isolados e receberiam tratamento.⁸² De fato, até as primeiras

⁷⁹ PIAUHY. Governo 1890. **Relatório com que o Sr. 1º vice-governador do Estado do Piauhy, Dr. Joaquim Nogueira Parnaguá Entregou a Respectiva Administração ao Sr. Gabino Besouro no dia 23 de agosto de 1890.** Therezina: Typ. de Honorato Souza, 1890.

⁸⁰ PIAUHY. Governo 1896-1900. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa, a 1º de junho de 1897, pelo Dr. Raymundo Arthur de Vasconcellos, Governador do Estado.** Therezina: Typ. do Piauhy. 1897.

⁸¹ Ibid.

⁸² NOSSO estado sanitário. **Nortista**, Parnaíba, 1901, ano I, n. 42, p. 5, 19 de out. de 1901.

décadas do século XX, as iniciativas de saúde pública haviam buscado, prioritariamente, a identificação das doenças e o controle sanitário a partir de instrumentos coercitivos, como as campanhas compulsórias, devido aos riscos de contágio.⁸³

Foi identificado que, nem mesmo nos casos de riscos epidêmicos, o Estado do Piauí atuava na proteção materno-infantil de forma individualizada, sendo que, sobre as gestantes e as crianças nada era falado. Pode-se, portanto, concluir que essa clientela era tratada juntamente com toda a população atingida. Apesar da existência de discussões e debates de feministas e médicos na capital do país, em defesa da responsabilização dos poderes públicos para a salvação da infância, não identificamos tal mobilização no Piauí. Aliás, a partir do século XIX até as primeiras décadas do século XX, não se verificou qualquer manifestação dos poderes públicos sobre a estruturação de um sistema de proteção da saúde materno-infantil que oferecesse serviços especializados.

Apesar da condição de quase invisibilidade da criança pelos poderes públicos, foi possível identificar que os óbitos infantis era uma questão considerada grave. No início da segunda década do século XX, o governador Antonino Freire afirmou que “[...] a mortalidade das crianças era exageradíssima em Theresina.”⁸⁴ A tuberculose, o impaludismo, a broncopneumonia e a gastroenterite eram as causas mais frequentes dos óbitos. Não existia qualquer dado confiável sobre a natalidade e a mortalidade infantil no Piauí, pois o Serviço de Demografia Sanitária, órgão responsável, realizava um serviço irregular de coleta e, nem mesmo os dados da capital, mereciam confiança. Os motivos disso eram a sub-notificação dos nascimentos e óbitos, bem como o reduzido quadro de pessoal para a realização da coleta dos dados.⁸⁵ Na década de 1920, o governador João Luiz Ferreira também reconheceu que, entre as causas das mortes infantis, sobressaíam as moléstias do aparelho respiratório, seguidas pelas doenças gastrointestinais e depois pelas enfermidades contagiosas.⁸⁶

A Diretoria da Saúde Pública permaneceu desaparelhada de meios de ação, mantendo a sua função meramente burocrática. Inclusive, esse problema pouco foi mencionado durante toda a década de 1910 e, quando isso ocorreu, foi para confirmar a ineficiência do órgão, além de justificar a impossibilidade financeira de o Estado custear a criação de instituições de saúde

⁸³ CASTRO SANTOS, Luiz A. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 249- 293.

⁸⁴ PIAUHY. Governo 1910-1912. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. Antonino Freire da Silva, Governador do Estado, no Dia 1º de julho de 1910**. Theresina: Typ. do Piauí, 1910.

⁸⁵ PIAUHY. Governo 1910-1912. **Mensagem Apresentada à Câmara pelo Exm. Sr. Dr. Antonino Freire da Silva, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1911**. Theresina: Typ. do Piauí, 1911.

⁸⁶ PIAUHY. Governo 1920-1924. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa no Dia 1º de junho de 1924, pelo Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado**. Theresina: Typ. do Piauí, 1924.

para a concessão de serviços regulares, aspecto que também atingia a proteção materno-infantil. Apesar de certa melhoria na economia, a questão da saúde, ao que parece, não era prioridade para os investimentos públicos.

A pouca expressividade dos serviços de saúde demonstra o fato de que as determinações federais não eram automaticamente cumpridas no Piauí. A orientação era de que os governos locais deveriam realizar ações sanitárias, cabendo à União apenas auxiliar, quando fosse acionada em casos de urgências epidêmicas, se tivesse interesse e condições para isso.⁸⁷ Essa determinação existia na primeira década do século XX, considerada por muitos estudiosos como a primeira fase do movimento sanitarista. No entanto, as ações desenvolvidas concentraram-se no saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro, por meio do combate a doenças, como a febre amarela, a peste e a varíola.⁸⁸ O fator preponderante dessas ações realizadas pela União seria a necessidade de livrar o país dos prejuízos causados ao comércio exterior pelas péssimas condições sanitárias da capital. A política de saúde federal, então em vigência no país, contribuiu para que a saúde pública piauiense fosse mantida em condição estacionária, como atestou o governador Eurípedes de Aguiar:

Não temos serviço de saúde publica: o que há entre nos com este nome, é coisa tão embryonaria, imperfeita e destituída de utilidade pratica, que melhor fôra se não existisse. Reorganizar, ou melhor, crear este ramo do serviço público constitue, pois, uma de nossas reaes necessidades. Que se façam economias, que se cortem despesas, que os serviços adiaveis sejam postos de lado, mas o que não é possível é que o Governo da nossa terra, continue a assistir impassivel, de braços cruzados, a calamidade que tantos prejuízos já nos causou e que si não fôr remediada com urgencia reduzirá em breve a população do Piauhy, a uma legião de invalidos. O impaludismo, causando devastações e prejuizos incalculáveis, constitue, não ha duvida, o maior entrave ao nosso progresso, ao povoamento do nosso solo, ao desenvolvimento das nossas industrias, principalmente da lavoura e da pecuária. Pode-se dizer, sem receio de errar, que entre nós, onde ha água, ha mosquitos e onde ha mosquitos ha febre.⁸⁹

Ele demonstrava interesse em resolver o problema da saúde pública, mas com o Estado passando novamente por uma crise financeira, não existiam recursos para que fossem tomadas as providências necessárias para a remodelação da Diretoria de Saúde Pública. Dessa forma, a repartição continuou restrita ao combate da disseminação de epidemias até as primeiras décadas do século XX, atuando, no entanto, em poucos municípios que tinham Delegacias de Saúde ou

⁸⁷ CASTRO SANTOS, Luiz A. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

⁸⁸ HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998.

⁸⁹ PIAUHY. Governo 1916-1920. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. Eurípedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1918**. Therezina: Imprensa Oficial, 1918.

que estavam localizados nas regiões próximas.⁹⁰ Diante dessa situação, várias moléstias como a opilação e o impaludismo atingiam endemicamente quase toda a população do Piauí, sendo mais observadas entre a população pobre.⁹¹ Apesar de contaminarem todas as faixas etárias, certamente os sintomas e sequelas das doenças eram mais preocupantes nas crianças, que tinham o organismo mais frágil, no entanto, não existe nenhuma referência sobre isso.

Segundo Eurípedes de Aguiar, o impaludismo era mais grave do que a opilação, pois provocava consequências funestas.⁹² No Piauí, somente eram salubres as terras secas, que eram chapadas altas estéreis e quase desprovidas de água. Não oferecendo esses terrenos condições de sobrevivência, a população do sertão concentrava-se nas terras às margens dos rios, nas proximidades das lagoas e brejos, propícios à lavoura e criação de gado, mas que eram todas doentias, flageladas pelo impaludismo. A doença atingia com mais intensidade quando a estação chuvosa provocava as enchentes, já em períodos de inverno mais regular, tinha menor potencial de contaminação. As sertanejas e os sertanejos, durante o verão, preparavam a terra fazendo a derrubada e a queimada da mata, para que, ao caírem as primeiras chuvas, conseguissem plantar as sementes. Mas, com a chegada do inverno, ocorria o transbordamento dos rios, lagos e pântanos, condição que favorecia a multiplicação dos mosquitos que transmitiam o impaludismo.

Homens, mulheres e crianças eram quase todos acometidos pela doença que poderia causar a morte, e acabavam abandonando o trabalho. Perdendo o pouco que tinham, deixavam o campo, principalmente, em direção à capital, onde integravam a multidão de doentes e desvalidos. Despreparados para o tipo de trabalho disponível na zona urbana, aumentavam o contingente de miseráveis dependentes das incipientes ações de assistência. Dessa forma, a doença dificultava o aproveitamento das riquezas naturais, da fertilidade das terras, dos campos de pastagem, contribuindo, assim, para a manutenção da pobreza e do atraso do Piauí. O governador argumentava, sem sucesso, para que o legislativo entendesse que os sacrifícios

⁹⁰ Eurípedes Clementino de Aguiar e Areolino Antônio de Abreu foram os únicos médicos que administraram o Estado durante a Primeira República, demonstrando uma maior preocupação com as dificuldades de melhoramentos dos serviços de saúde pública.

⁹¹ A opilação, ancilostomíase ou amarelão é uma doença causada pelo verme *Ancylostoma duodenale*, provoca lesões na pele, tosse, dor de barriga, diarreia e anemia. É transmitida através da penetração do parasita, quando se anda descalço, e pela ingestão de alimentos contaminados. O impaludismo, também chamado de malária e maleita, é causada por um protozoário do gênero *Plasmodium*, parasita dos glóbulos vermelhos do sangue, sendo transmitido pela picada do mosquito *Anopheles*. Os principais sintomas são febre, dor muscular e calafrios. BIBLIOTECA Médica Online. **Manual MSD**: edição de saúde para a família. [2016?]. Disponível em: <<http://www.manuaismsd.pt/?id=247&cn=2051&ss=>>. Acesso em: 16 set. 2016.

⁹² PIAUHY. Governo 1916-1920. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. Eurípedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1917**. Therezina: Imprensa Oficial, 1917.

realizados para a organização dos serviços de saúde seriam recompensados com os resultados benéficos, pois o impaludismo, como outras moléstias, representava um obstáculo ao progresso e à civilização, já que o trabalho era questão crucial para o sistema econômico que concebia a força de trabalho para a geração de riquezas.⁹³

No contexto nacional, o problema do saneamento dos sertões, que já afligia os piauienses há bastante tempo, passou a preocupar seriamente a opinião pública considerada esclarecida. Com isso, teve início, durante a década de 1910, o que muitos especialistas chamam de segunda fase do movimento sanitário.⁹⁴ Os médicos consideravam o Brasil um país doente ou um “imenso hospital”, devido à onipresença das doenças epidêmicas no interior. Essa situação era um entrave para o desenvolvimento, representando, por sua vez, um grande desafio para o fortalecimento da nacionalidade, pois a população doente era associada às formulações eugênicas sobre uma raça fraca, o que representava uma séria ameaça para o futuro.⁹⁵

O diagnóstico de um povo enfermo não significava resignação e passividade frente ao atraso, mas apontava para um prognóstico positivo, se medidas profiláticas e curativas fossem adotadas, pois tal situação resultava de algo que poderia ser contornado, como o descaso do poder público, e não a indolência dos habitantes do sertão. O combate às típicas enfermidades rurais passou a ser o foco de atuação. Para tanto, existia a necessidade da educação higiênica, com a finalidade de prevenir os hábitos que poderiam gerar a infestação e a reinfestação, bem como a ação sobre o meio ambiente, isto é, sobre as condições que promoviam a presença e a expansão das doenças.⁹⁶ No entanto, a campanha pelo saneamento não parecia ter impacto significativo sobre a saúde de gestantes e de crianças, que eram integradas, sem distinção, à população sertaneja.

No contexto da campanha sanitária, merece destaque as expedições científicas organizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC), com a finalidade de estudar as condições sanitárias e propor o enfrentamento dos problemas de saúde existentes no interior do Brasil. Em 1912, uma dessas expedições percorreu o sul do Piauí, região mais duramente atingida pela seca, além do norte da Bahia, o sudeste de Pernambuco, o sul do Pará e o nordeste de Goiás.

⁹³ LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 23-116. Disponível em: < <http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf> >. Acesso em: 02 ago. 2016.

⁹⁴ CASTRO SANTOS, Luiz A. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 249- 293.

⁹⁵ Id. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

⁹⁶ HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998.

Chefiada por Belisário Penna e Artur Neiva, a viagem demorou sete meses, período no qual foram pesquisadas as condições de vida das populações locais.⁹⁷ Saindo do Rio de Janeiro, os médicos passaram pela Bahia e chegaram à Vila de São Raimundo Nonato, no Piauí. Depois disso, seguiram viagem, percorrendo diversos vilarejos e localidades sertanejas. Durante esse tempo, eles conheceram os aspectos naturais, culturais e sociais, tais como as doenças que atingiam a população e as práticas de medicina popular, identificaram também a necessidade de serviços de natureza médica e a escassez de água, entre outros problemas.⁹⁸

As expedições científicas serviram para fornecer uma interpretação geral sobre o Brasil, a partir de um diagnóstico sobre as condições de existência dos habitantes do sertão. Predominavam nos registros o isolamento do sertanejo, que era descrito como pobre e doente, revelando o estado de abandono da população rural pelas autoridades governamentais.⁹⁹ Com a disponibilidade de dados e informações sobre o interior do país, foi criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil em 1918, alertando as elites políticas e intelectuais para a precariedade das condições sanitárias e incentivando as ações públicas de saneamento. Em um período em que prosperava a ideia de salvação nacional, o sanitarismo estava em sintonia com as tendências de correntes nacionalistas brasileiras, sendo tributário das observações de Euclides da Cunha sobre o sertão e os sertanejos.

A perspectiva era de que, a partir da descoberta dos sertões e dos seus habitantes abandonados e doentes, estes poderiam ser integrados à comunidade nacional, tornando-os, efetivamente, brasileiros. Isso deveria se dar a partir de ações de higiene e saneamento, fundadas no conhecimento médico e implementadas pelas autoridades públicas. A medicina, uma aliada dos governos, deveria ser um instrumento essencial para essa transformação, pois até então, não eram encontradas alternativas para um país que parecia condenado, dada sua composição racial.¹⁰⁰ A segunda fase da campanha sanitarista passou a apresentar, então, um caminho para a construção da nação, na corrente do fortalecimento de um nacionalismo que recusava o determinismo racial e climático que condenavam o país à barbárie, tendo a miscigenação papel de destaque neste debate médico-político. Nesse sentido, o saneamento dos sertões se tornou parte fundamental do movimento de construção da identidade nacional, como

⁹⁷ THIELEN, Eduardo Vilela; SANTOS, Ricardo Augusto dos. Belisário Pena: notas fotobiográficas. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 387- 404, maio/ago. 2002.

⁹⁸ ALVARENGA, Antônia Valtéria Melo. **Nação, país moderno, povo saudável**: política de combate à lepra no Piauí. Teresina: EDUFPI, 2013.

⁹⁹ HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93.

¹⁰⁰ LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. “Pouca Saúde e Muita Saúde”: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 493-533.

também de um projeto de construção do poder público e, por meio deste, de integração das regiões que compunham o Brasil.

Nesse sentido, apesar da defesa do ideário de valorização da infância já existir desde o século XIX, a viabilização da proteção de gestantes e crianças, por meio da criação de órgãos de administração de saúde pública e da implementação de serviços em unidades de saúde especializadas, como maternidades, lactários e postos de atendimento materno-infantil, não eram verificadas no Piauí até as duas primeiras décadas do século XX. Essa condição, no entanto, era condizente com a incipiência de iniciativas da Diretoria de Saúde Pública, uma repartição burocrática que não fornecia serviços regulares, gerindo apenas as Delegacias de Saúde, que atuavam em casos de surtos epidêmicos. De fato, a situação precária de investimentos no Piauí, verificada em várias áreas públicas, como foi abordada anteriormente, também existia na saúde. Algumas ações isoladas e experimentais foram verificadas apenas na década de 1920, conforme será abordado a seguir.

2.4 OS SERVIÇOS MATERNO-INFANTIS NOS POSTOS DE SAÚDE

A partir de 1920, os resultados da segunda fase do movimento pelo saneamento do Brasil, começaram a ser verificados. A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi um resultado concreto desse processo, contribuindo para a configuração da nova atuação do Estado no campo da saúde.¹⁰¹ O órgão tinha uma administração centralizada, funcionando de forma hierarquizada e burocrática, aspectos importantes para a efetivação da atuação nacional. Os governos demoraram a atuar na questão, mas acabaram instaurando as primeiras, mas, ainda tímidas, iniciativas públicas em favor das famílias pobres, expressando a tentativa de estendê-las a todo o território nacional. Isso ocorreu a partir da transição da relação de perfil liberal entre Estado e sociedade, para a organização de um aparato estatal crescentemente intervencionista e regulador, considerado um pré-requisito para a estabilidade política. No mesmo ano, também teve início a organização da proteção à infância e à maternidade a partir de um órgão especializado, tratava-se da Seção de Higiene Infantil, com atuação limitada ao Distrito Federal.

A Diretoria de Saúde Pública do Piauí continuava instalada em um local acanhado, não correspondendo às necessidades de um bom serviço de saúde. Porém, o governo realizou, enfim, o planejamento para a instalação do primeiro Posto de Saúde do Estado, conforme

¹⁰¹ HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93.

afirmou Eurípedes de Aguiar: “De accordo com a nossa pobreza, devemos traçar e seguir um programma modesto. Quanto às verminoses, eu vos lembro que devemos começar pela montagem de um posto sanitário em Theresina, com recursos estritamente necessários ao diagnóstico e tratamento dessas entidades mórbidas.”¹⁰² Esse primeiro estabelecimento de saúde pública do Piauí foi instalado na capital no ano de 1921. Tratava-se de uma realização há tempos almejada por vários governadores, planejada por Eurípedes de Aguiar e instalada no mandato de João Luiz Ferreira: “É o primeiro passo do Piauhý – o ultimo dos retardatários - na corrente da grande campanha pelo saneamento do Brasil [...]”¹⁰³ O Posto inaugurou o fornecimento de serviços regulares para a população, ampliando a atuação do Estado, antes restrita à atuação nos surtos epidêmicos.

A unidade de saúde prestava serviços ambulatoriais, atuando na profilaxia e tratamento das doenças infectocontagiosas e, até mesmo, na assistência médica de urgência, pois os seus serviços tiveram que ser ampliados em virtude das necessidades da população da capital, do interior e mesmo de estados vizinhos, que se deslocavam para Teresina em busca de atendimento. Custeado pelo governo estadual, o Posto de Saúde funcionava no limite das possibilidades de estreiteza orçamentária. As consultas realizadas tinham resultados limitados, ocasionando, frequentemente, o abandono ou a irregularidade do tratamento, não sendo possível fazer a verificação da cura. Apesar disso, o serviço era imprescindível para os doentes que não residiam em Teresina, para os quais era inviável o atendimento domiciliar:

Porquanto só procuram expontaneamente o posto as pessoas francamente doentes, e o serviço domiciliário, embora executado com zelo, não é obrigatório, tornando-se quasi inteiramente restricto ás creanças. Dos 2.363 exames posteriores foram verificados curados 1.740; os restantes continuam em tratamento ou deixaram de voltar ao posto. Isto com referência á prophylaxia curativa. Quanto á prophylaxia preventiva das verminoses, o posto organizou e fez distribuir uma cartilha com ensinamentos varios, em termos claros ao alcance de todos.¹⁰⁴

Os pacientes atendidos tinham acesso a exames laboratoriais, consultas, distribuição de medicamentos e vacinações. Os serviços eram mantidos, sobretudo, para os pobres, que procuravam a unidade de saúde quando as enfermidades já estavam instaladas, pois era costume que, inicialmente, buscassem a medicina popular para sanar seus males por meio de chás, unguentos e benzimentos, sendo aprendidos com familiares ou realizados por membros da

¹⁰² PIAUHY. Governo 1916-1920. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. Euripedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, a 1º de junho de 1920.** Theresina: Typ. do Piauhý, 1920.

¹⁰³ PIAUHY. Governo 1920-1924. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1921.** Theresina: Typ. do Piauhý, 1921.

¹⁰⁴ PIAUHY. Governo 1920-1924. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1922.** Theresina: Typ. do Piauhý, 1922.

comunidade. Já os serviços de atendimento domiciliar, restringiam-se quase totalmente às crianças, apesar de ainda não existir um serviço de saúde específico para atender as necessidades desse público. Esse aspecto chama a atenção porque foi a primeira vez que essa clientela se tornou visível na implementação dos serviços de saúde.

As visitas domiciliares eram restritas, apenas, aos bairros do Barroão, Vermelha, Pacatuba e Santa Luzia, que se localizavam nos arredores da região central da capital. Cada um era confiado a um guarda sanitário, encarregado de realizar o censo, recolher material para exames e aplicar a medicação receitada pelo médico, acompanhando o tratamento das moléstias.¹⁰⁵ O serviço realizado na moradia dos pacientes, mais dispendioso e de difícil execução, oferecia maiores vantagens, pois ficando os doentes sob a imediata fiscalização sanitária, isso representava, muitas vezes, a continuidade e o bom resultado dos tratamentos.

Em relação à medicina curativa, no primeiro ano de funcionamento do Posto de Saúde, de um total de 2.363 exames realizados após o tratamento das verminoses infantis, foi verificada a cura em 1.740 dos casos. O restante, correspondente a 623, referia-se àqueles que prosseguiram em tratamento ou simplesmente abandonaram o acompanhamento. A profilaxia preventiva era realizada a partir da distribuição de cartilhas, com resultados discutíveis em virtude da maioria dos pacientes ser analfabeta, e conselhos sobre as verminoses, onde constavam os sintomas das doenças, seus prejuízos para a saúde e as formas de evitar o contágio. Entre as medidas indicadas, estavam a construção de fossas higiênicas e o uso do calçado pelas crianças, iniciativas importantes, mas, apesar de serem aparentemente simples, eram inconciliáveis com a falta de recursos da maior parte da população pobre.

No período funcional de maio de 1921 a maio de 1922, foram realizados 5.080 atendimentos. Entre maio de 1922 e maio de 1923, o total geral foi de 6.123. Esses dados revelam que houve um considerável aumento no número de doentes que utilizaram os serviços oferecidos no Posto de Saúde ou faziam acompanhamento domiciliar, retornando para a realização de novas consultas e exames. Isto demonstrava que a unidade de atendimento estava atendendo a uma demanda crescente.

Anos depois da instalação do primeiro Posto de Saúde em Teresina, a expansão do serviço para outros municípios ainda não havia sido realizada. O governador João Luiz Ferreira afirmou: “Excepção feita da organização do Posto Sanitario, tudo que temos em matéria de

¹⁰⁵ PIAUHY. Governo 1920-1924. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1922.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1922.

saúde pública, equivale á negação quasi absoluta desse importante serviço.”¹⁰⁶ Isso limitava o acesso da população que morava em outros municípios, pois além dos doentes terem que percorrer grandes distâncias, frequentemente, não dispunham de meios financeiros para isso. Enquanto isso, a Diretoria de Saúde Pública continuava funcionando de forma ineficiente, estando ocupada, sobretudo, em fazer inspeções, conceder licenças para aberturas de farmácias, registrar diplomas, e outras poucas atribuições burocráticas.

Ainda nos anos 1920, as medidas decorrentes da campanha pelo saneamento tiveram como consequência o início da constituição de agências administrativas e de políticas em saúde pública no interior do país.¹⁰⁷ Isso ocorreu, mais especificamente, por meio da celebração de convênios entre a Diretoria do Serviço de Profilaxia Rural (DSPR), encarregada do combate às endemias e epidemias rurais de caráter nacional, com os Estados, visando à organização dos serviços de saneamento. Essa nova perspectiva de interiorização da saúde pública sob a chancela federal, acabou repercutindo no Piauí, pois, para ampliar o atendimento, foi realizado um acordo com a União em 28 de abril de 1924.¹⁰⁸ A partir de então, a saúde pública passou a ser responsabilidade do DNSP, que passou a executar, por intermédio da DSPR, o serviço de saneamento rural no Piauí.

O acordo estabelecia que o Estado passaria a executar as leis sanitárias, as disposições e as instruções federais. Os serviços instituídos por este convênio seriam realizados durante três anos, sem intervenção de qualquer autoridade estadual ou municipal. O próprio regulamento dos serviços era uma expressão desta intenção estatal de agir nacionalmente, pois abrangia desde a medicina preventiva até a assistência aos contaminados de doenças infectocontagiosas. Reiterava-se a necessidade de investimento em profilaxia, já que a despesa realizada com a higiene era irrisória diante dos benefícios que traria para a sociedade, habilitando o trabalhador a fazer parte do sistema produtivo. Isso era justificável porque as verbas públicas ainda eram destinadas, sobretudo, à ampliação dos serviços médicos direcionados para o tratamento.¹⁰⁹ O governo do Estado comprometia-se, ainda, a pagar anualmente para a União, a importância relativa à metade das despesas feitas.

¹⁰⁶ PIAUHY. Governo 1920-1924. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1923.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1923.

¹⁰⁷ CASTRO SANTOS, Luiz A. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 249- 293.

¹⁰⁸ PIAUHY. Governo 1924-1928. **Mensagem Apresentada à Camara Legislativa no Dia 1º de junho de 1925, pelo Sr. Dr. Mathias Olímpio de Mello, Governador do Estado.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1925.

¹⁰⁹ HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo.** Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93.

A primeira iniciativa realizada a partir do acordo foi a instalação do Posto de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, em Teresina. No entanto, certamente em virtude da demanda, o estabelecimento também atendia doentes com moléstias variadas, tanto que, a opilação, o impaludismo e a sífilis representavam, em ordem decrescente, a maior parte dos atendimentos ambulatoriais, intervenções cirúrgicas, acompanhamentos domiciliares, distribuição de impressos e conselhos educativos.¹¹⁰ Em 1924, primeiro ano de funcionamento do Posto, apesar de não existirem dados disponíveis com relação às outras doenças, no que se refere à sífilis, foram realizados 992 atendimentos, com 492 homens, 494 mulheres e seis crianças, fato inédito, pois, até então, nenhum dos dados das instituições públicas de saúde havia realizado diferenciação quanto à idade e ao sexo, com isso, crianças e mulheres piauienses começaram a ser mais visíveis para os poderes públicos.

Os serviços foram intensificados com a assinatura de outro acordo de profilaxia rural, este mais animador, porque estabeleceu a ampliação do número de postos de saúde, sendo que o ponto principal de enfrentamento permanecia o combate dos surtos epidêmicos. O DNSP passaria a executar, por intermédio do DSPR, além do Serviço de Profilaxia de Moléstias Venéreas e Lepra, também o Serviço de Profilaxia da Tuberculose e o Serviço de Higiene Infantil.¹¹¹ Infelizmente não foram encontradas informações sobre a regulamentação desse último serviço, nem mesmo, se, de fato, foi instalado e funcionou regularmente. Entende-se, porém, que a sua inclusão no acordo federal adquiria um caráter inovador, materializando o ideário de valorização da infância. Isso revelava que, nos anos 1920, a saúde da criança começava a ter intervenção dos poderes públicos no Piauí.

O novo acordo com a União também planejava ampliar os atendimentos que estavam concentrados em Teresina, para outros municípios, mediante o estabelecimento de postos nos locais com população mais densa. No entanto, foi instalado no ano de 1925, apenas, um Posto de Saúde em Parnaíba. Neste estabelecimento eram realizados exames, pequenas cirurgias, distribuição de medicamentos, vacinação contra a varíola, distribuição de panfletos higiênicos, mas também serviços sanitários, como a viabilização de construção de latrinas e a fiscalização da produção e venda de alimentos. Infelizmente, não foram encontradas mais informações sobre essa unidade de saúde.

Segundo o governador Mathias Olympio de Mello, com o fim do período do contrato firmado entre o DNSP e o Estado do Piauí, para a execução dos serviços de saneamento rural

¹¹⁰ PIAUHY. Governo 1924-1928. **Mensagem Apresentada à Camara Legislativa no Dia 1º de junho de 1925, pelo Sr. Dr. Mathias Olímpio de Mello, Governador do Estado.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1925.

¹¹¹ Ibid.

e, tendo em vista a sua relevância, foram tomadas as providências para a celebração de outro acordo.¹¹² Isso ocorreu em 1928, quando um convênio foi firmado, basicamente, nos mesmos termos daquele que vigorou anteriormente. No entanto, o Piauí não cumpriu com os pagamentos de 50%, ocorrendo a rescisão do contrato no mesmo ano de sua renovação. De acordo com o novo governador, João de Deus Pires Leal, a motivação não foi apenas a crise financeira, mas também a atuação federal limitada, estando aquém daquilo que foi esperado pelo Estado:

Podemos dizer que entre nós é desconhecida a acção da Saúde Pública. Simples repartição burocrática, não tem, nem pôde ter, actuação no nosso meio. As dotações orçamentarias para esse serviço têm sido de molde a não permittir que sua directoria cogite de qualquer acção em defesa da Saúde Publica.¹¹³

O acordo foi retomado em 1929 e, com isso, os serviços de saneamento rural voltaram a funcionar depois do cumprimento dos pagamentos atrasados. Por causa da insatisfação do governador com as iniciativas federais, foram instalados outros estabelecimentos de saúde. Eles realizariam atendimentos aos contaminados com doenças epidêmicas e endêmicas, sobretudo, a opilação, o impaludismo, o tracoma e a raiva, principais doenças existentes no Piauí durante aquele período. Entre outras funções, o serviço de saneamento continuava atuando na fiscalização dos profissionais de saúde, bem como nas inspeções sanitárias em domicílios e estabelecimentos comerciais.

Durante o primeiro ano de funcionamento, o Centro de Saúde Clementino Fraga, primeiro dos novos estabelecimentos inaugurados, tratou doentes de opilação e impaludismo, entre outras moléstias, com o total de 8.254 consultas, sendo distribuídas 8.719 medicações contra a opilação e 4.509 contra o impaludismo.¹¹⁴ O Dispensário de Doenças Venéreas também começou a funcionar em 1929, quando foram realizadas 10.675 consultas a venéreos e 1.132 consultas a não venéreos, sendo um número bastante elevado, em virtude de atender pessoas que eram provenientes não somente do Piauí, mas também do Maranhão e Ceará. Além disso, convém considerar que as doenças venéreas, especialmente a sífilis, tinham atingido o estatuto de moléstias endêmicas. Infelizmente, não foram discriminados os números de atendimentos a crianças e gestantes, apesar do Centro de Saúde Clementino Fraga e do Dispensário de Doenças Venéreas fornecerem serviços para essa clientela, que, no entanto, foi incluída no público geral.

¹¹² PIAUHY. Governo 1924-1928. **Mensagem Lida a 1º de junho de 1928 Perante a Assembléia Legislativa do Estado do Piauí pelo Governador Mathias Olympio de Mello.** Therezina: Typ. do Piauí, 1928.

¹¹³ PIAUHY. Governo 1928-1930. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa do Estado do Piauí, a 1º de junho de 1929, pelo Governador, Exmo. Sr. Dr. João de Deus Pires Leal.** Therezina: Imprensa Oficial, 1929.

¹¹⁴ PIAUHY. Governo 1928-1930. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa do Estado do Piauí, pelo Governador Dr. João de Deus Pires Leal, em 1º de junho de 1930.** Therezina: Imprensa Oficial, 1930.

Também foi instalado em Teresina o Posto Anti-Tracomatoso Moura Brasil.¹¹⁵ Segundo o médico José Epifânio de Carvalho, o ambulatório atendia os doentes com tracoma, doença que existia no Piauí há mais de um século.¹¹⁶ Existia grande demanda por atendimento, tanto que, durante o período entre 01 de agosto a 31 de dezembro de 1929, foram atendidas 3.833 pessoas, sendo o total de tracomatosos de 1.228, o que demonstrava um número considerável de contaminados. Foi verificada uma alta incidência de tracomatosos entre as crianças das escolas públicas da capital, chamando a atenção do governador João de Deus Pires Leal. Diante disso, ele conseguiu incluir no acordo com a União, a instalação de um posto de tratamento especializado para atender o público infantil.

Dessa forma, inicialmente, o atendimento das crianças que frequentavam os estabelecimentos escolares públicos foi realizado no Posto Anti-Tracomatoso Moura Brasil, com os demais pacientes de outras faixas etárias. No entanto, “[...] para comodidade delles e maior efficiencia do seu tratamento, resolveu-se designar o Grupo ‘José Lopes’ para nelle, e somente nelle, terem matricula os alunos trachomatosos, creando-se alli o Posto Escolar Abreu Fialho, que somente se ocupa do tratamento de escolares.”¹¹⁷ A conveniência do serviço no tratamento do elevado contingente de contaminados e a tentativa de dificultar o avanço do contágio no meio escolar, foram circunstâncias que fizeram com que fosse designada uma única escola para a matrícula dos doentes, que passaram a ser atendidos no Posto Escolar Abreu Fialho.¹¹⁸ Essa iniciativa foi pioneira no Piauí, pois se tratava da criação do primeiro serviço especializado no atendimento à infância implementado pelo Estado, estando, no entanto, restrito a apenas um tipo de doença.

Convênios como aqueles que ocorreram entre o governo do Estado do Piauí e a União, também foram verificados em outras unidades federativas. No entanto, as iniciativas pareceram

¹¹⁵ CARVALHO, José Epifânio de. O tracoma no Piauí. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 2, p. 119-124, 1939.

¹¹⁶ O tracoma, também conhecido como “granulação”, foi descoberto pelo médico José Cardoso de Moura Brasil em 1876, no Ceará. Trata-se de uma doença inflamatória ocular de caráter crônico e recidivante. Os principais sintomas são lacrimejamento, irritação, inchaço, inflamação e infecção dos olhos. A evolução do quadro gera complicações que podem resultar na perda progressiva da visão. O tracoma é uma doença de fácil contágio, atingindo pessoas de todas as idades, mas, sobretudo, as crianças. A transmissão ocorre sempre que houver lesões ativas pelo contato direto ou indireto, com mãos ou objetos contaminados. Alguns gêneros de moscas, especialmente as domésticas e as conhecidas como “lambe-olhos”, também podem transmitir a bactéria. BIBLIOTECA Médica Online. **Manual MSD**: edição de saúde para a família. [2016?]. Disponível em: <<http://www.manuaismsd.pt/?id=247&cn=2051&ss=>>>. Acesso em: 16 set. 2016.

¹¹⁷ PIAUHY. Governo 1928-1930. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa do Estado do Piauí, pelo Governador Dr. João de Deus Pires Leal, em 1º de junho de 1930**. Teresina: Imprensa Oficial, 1930.

¹¹⁸ Não foram encontradas mais informações sobre o funcionamento deste posto escolar. Sobre o assunto, consultar: OLIVI, Maria de Lourdes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A mãe sob suspeita: falando da saúde da criança em idade escolar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 213-221, 2007.

ter pouco alcance e reduzida eficácia no território piauiense. Isso ocorreu, porque tinham como foco o tratamento das moléstias rurais, existindo um escasso financiamento para as medidas de educação higiênica. Apesar das epidemias e endemias serem um importante problema de saúde pública, não era o único, ficando negligenciada a assistência médica a outros tipos de moléstias, pois não era responsabilidade do acordo federal. Além disso, as iniciativas eram concentradas, apenas, em Teresina, ficando todo o resto do extenso território piauiense sem contar com os serviços. Analisa-se, portanto, que a assistência de saúde pública no Piauí ainda estava em fase inicial. A interiorização ainda não havia ocorrido, circunstância que tornaria os serviços de saúde mais acessíveis para a população pobre, que, além disso, também não dispunha de amplo atendimento especializado para crianças e gestantes. Esta situação confirma que a relevância política da campanha sanitaria esteve mais atrelada aos seus aspectos ideológicos, e não em suas realizações práticas, que teriam a finalidade de melhorar as condições de atendimento.¹¹⁹

2.5 OS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS E A SAÚDE INFANTIL

No Brasil, as atividades relacionadas ao cuidado estiveram, inicialmente, ligadas à caridade cristã, pois os benemerentes, mulheres e homens abastados, defendiam a ideia de que a pobreza era uma fatalidade e, logo, deveriam ajudar os desamparados, oferecendo benefícios como abrigos, remédios, roupas e alimentos.¹²⁰ Ser pobre era uma condição de desfavorecimento social inevitável, que requeria a ação caritativa como meio de mitigação, assim como ocorria em parte do mundo europeu. Ao longo dos séculos XVIII e XIX, assistiu-se a uma lenta mudança dessa ação dirigida aos miseráveis, estando coerente com uma visão crescentemente secularizada da sociedade e do enfrentamento da questão social.

A pobreza foi transformada em um incômodo e mesmo num perigo. Alegava-se que havia uma multidão desenfreada formada por desqualificados, estando em condição de ameaçar qualquer projeto de futuro para o país.¹²¹ As críticas mais frequentes às ações de caridade, diziam respeito à falta de organização e método inadequado de atuação, diante da identificação das causas da pobreza e das suas consequências para o surgimento ou agravamento de problemas de caráter econômico e social. Portanto, o modelo de assistência baseado nos princípios de caridade, não conseguia atender sozinho às novas demandas. Assim, após a

¹¹⁹ CASTRO SANTOS, Luiz A. O pensamento sanitaria na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

¹²⁰ MARTINS, Ana Paula Vosne. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 15-34, dez. 2011.

¹²¹ RIZZINI, Irene. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

instauração da República, acabou ocorrendo uma valorização da assistência filantrópica, baseada em princípios humanitários, bem como na racionalidade científica.

De forma paralela à execução das medidas caritativas e filantrópicas, evocava-se, frequentemente, a urgência da intervenção do poder público na assistência aos pobres, especialmente por parte dos intelectuais e, sobretudo, pelos médicos. O fato era que o enfrentamento da questão social não era considerado pelo Estado um problema de sua responsabilidade, fazendo com que estivesse, quase exclusivamente, sob o cuidado de associações particulares no Brasil.¹²² Havia estabelecimentos como orfanatos, creches e lactários para as crianças, instituições de abrigo para deficientes físicos, tuberculosos e leprosos, além de asilos para a velhice e a mendicância. Essas e outras iniciativas eram, muitas vezes, realizadas por irmandades religiosas, damas de caridade, industriais que prestavam assistência aos trabalhadores, bem como sociedades de auxílio mútuo, versões leigas das irmandades e antecessoras dos sindicatos.

O Piauí, nas duas primeiras décadas do período republicano, também apresentava aspectos similares quanto ao tratamento da questão social que, no entanto, era agravada pela seca que assolava periodicamente as populações do sertão, trazendo fome, doenças e mortes. Os governos piauienses também não consideravam que a assistência à pobreza fosse um problema que deveria ser enfrentado por eles, mas, por associações de assistência particulares. Uma das referências que ilustram essa posição era a preocupação do governador Eurípedes de Aguiar com as consequências da seca sobre a economia e não o seu impacto sobre a população pobre: “[...] as secas periódicas que acabavam atingindo as criações de animais e os campos de cultura agrícola prejudicam de forma grave as exportações piauienses.”¹²³ Para ele, as ocorrências de secas e cheias significavam apenas fenômenos naturais extremos, não requerendo a responsabilidade pública para a resolução dos seus nefastos efeitos sociais.

No entanto, a concepção naturalista de que problemas como a fome no Nordeste tinham a sua origem pautada na causa climática da estiagem, nem sempre vigorou em sua plenitude, começando a perder legitimidade com o processo de urbanização e industrialização do país.¹²⁴ Tal fato se deu pela grande dimensão que os flagelos sociais da pobreza e da miséria acabaram adquirindo, tornando-se temas de interesse para manobras dos grupos políticos que

¹²² SIMILI, Ivana Guilherme. **Mulher e política: a trajetória da primeira-dama Darcy Vargas (1930-1945)**. São Paulo: UNESP, 2008.

¹²³ PIAUHY. Governo 1916-1920. **Mensagem Apresentada à Camara Legislativa no Dia 1º de junho de 1919 pelo Exm. Sr. Dr. Eurípedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado**. Therezina: Typ. do Piahy, 1919.

¹²⁴ SILVA, Robson Roberto da. Principais políticas de combate à fome implementadas no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 1-19, nov. de 2006.

estavam no poder. Além disso, a entrada da classe trabalhadora no cenário político e a contribuição de estudiosos que, através de pesquisas realizadas, conseguiram mostrar que esses fenômenos não eram naturais, e sim produto da desigualdade socioeconômica, também foram fatores que contribuíram para que a seca passasse a adquirir o teor de problema social.

Ocorriam secas periódicas no Piauí, entre as quais se destacaram aquelas que atingiram o Estado nos anos de 1877 a 1879, 1890 a 1900 e 1919.¹²⁵ Muitas vezes, era impossível conviver com as consequências da estiagem no interior, por causa da escassez de água para o consumo humano, o desenvolvimento da agricultura e as criações de animais, além das doenças oportunistas que atingiam a população sertaneja. O território piauiense sempre foi um corredor de migrações e, com isso, grandes levas de migrantes procedentes tanto do interior, quanto de grande parte do Nordeste, com destino à Amazônia, chegavam na capital piauiense.¹²⁶ A transumância, como fenômeno demográfico, manifestava-se no período normal e, na estiagem, os flagelados também testemunhavam isso. Muitos deles vinham para Teresina em busca de melhores condições de vida, outros acabavam desistindo de prosseguir viagem e permaneciam na capital. Isso ocorria porque não dispunham de condições financeiras para custear o deslocamento, mas também porque eram vitimados pela doença, fome, sede e cansaço.

Como resultado, a cidade mais inchava do que crescia. Em 1890 o número de habitantes chegou a 31.523, representando um aumento populacional de quase cinquenta por cento, em menos de vinte anos. Em 1900, a elevação numérica da população teve agravamento, atingindo 45.316 habitantes. Enfim, no ano de 1910, o número de 48.614 habitantes representou um crescimento menor, decorrente da redução das migrações, fenômeno que acabou se tornando tendência nas décadas posteriores. O aumento populacional, provocado pelos retirantes, não foi acompanhado por oportunidades de trabalho, inclusive, grande parte deles, não tinha sequer condições físicas para isso.¹²⁷ Somente uma pequena parte vivia do trabalho casual em cemitérios, calçamentos de ruas, construção de igrejas e outras obras públicas. Contudo, mesmo estes viviam precariamente, em uma situação indefinida, devido à instabilidade e má remuneração dos empregos. Esse foi um fato que provocou a multiplicação da pobreza e da miséria na cidade.

¹²⁵ MELO FILHO, Antônio. **Teresina, a condição da saúde pública na Primeira República (1889-1930)**. 2000. 183f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2000.

¹²⁶ ARAÚJO, Maria Mafalda Balduino de. **Cotidiano e pobreza: a magia da sobrevivência em Teresina**. 2. ed. Teresina: EDUFPI, 2010.

¹²⁷ Id. Na trama urbana: personagens, experiências e imagens (Teresina, 1877-1910). In: EUGÊNIO, João Kennedy (Org.). **Histórias de vários feitio e circunstância**. Teresina: Instituto Dom Barreto, 2001. p. 234-252.

A presença de homens, mulheres, velhos e crianças, geralmente esfarrapados, sujos, famintos e, muitas vezes, doentes, perambulando pelas ruas do centro em atividade de mendicância, acabou sendo considerado um fenômeno de desordem física, moral e social. Eram trazidas para o cotidiano urbano as cenas de um espetáculo considerado por muitos como lamentável, já que entrava em conflito com o projeto oficial de construção de uma imagem de cidade civilizada. Além disso, por vezes, também eram expressos os sentimentos de intolerância e rejeição, resultantes do incômodo e perigo que os retirantes provocavam.¹²⁸ Sob este aspecto, acreditava-se que era urgente livrar a capital dos invasores, que produziam cenas indesejáveis integradas a contragosto ao cotidiano dos teresinenses. Com efeito, logo foi elaborada uma política de afastamento dos flagelados da região do centro, considerada cartão postal, uma iniciativa dos setores da elite econômica, com o apoio do governo local.

Desde 1877, as propostas de enfrentamento da questão climática, que assolava o Nordeste, não passavam de respostas localizadas aos retirantes, que chegavam às cidades buscando comida, abrigo e trabalho.¹²⁹ Essas intervenções acabaram tornando-se comuns, pois serviam como meio de regular a ordem econômica para que a miséria e a fome não se alastrassem a níveis insuportáveis, destruindo as redes de relações sociais e políticas que mantinham, ou pretendiam manter, mulheres e homens do sertão presos aos vínculos da dependência pessoal, da obediência e da submissão, não se constituindo como uma responsabilidade que requeria o planejamento e a execução de ações públicas articuladas. Por meio dessa iniciativa, foi possível observar os desmandos na aplicação dos recursos públicos, utilizados como mecanismos eficazes para a criação da indústria da seca.

Nos municípios do interior do Piauí e de outros estados nordestinos, onde permanecia uma parcela significativa daqueles que sofriam com a seca, eram realizadas práticas isoladas de assistência social, prioritariamente, pelos coronéis, proprietários de extensas propriedades de terra, onde os sertanejos viviam e trabalhavam. Eram esses grandes fazendeiros que, muitas vezes, tornavam-se o único recurso quando se tratava da compra de remédios, chamar um médico e ser sepultado.¹³⁰ O coronelismo, como fenômeno presente nos sertões, incluía aspectos paternalistas que proporcionavam para aqueles mandatários uma considerável legitimidade em seu meio. Por mais desigual que fosse a relação entre o coronel e o sertanejo,

¹²⁸ ARAÚJO, Maria Mafalda Balduino de. **Cotidiano e imaginário: um olhar historiográfico**. Teresina: EDUFPI/ Instituto Dom Barreto, 1997.

¹²⁹ NEVES, Frederico de Castro. Getúlio e a seca: políticas emergenciais na Era Vargas. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 21, n. 40, p. 107-131, 2001.

¹³⁰ CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil, o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

existia um grau mínimo de reciprocidade e, em troca do trabalho e da lealdade, ele e sua família recebiam proteção em momentos de extrema necessidade.

Também foram criados estabelecimentos filantrópicos, apoiados pelos poderes públicos, para remediar os problemas gerados ou agravados pela pobreza. Nesse sentido, é que foram instalados o Asilo de Alienados para recolher os doentes mentais, além do Colégio dos Educandos Artífices e o Colégio dos Órfãos, para disciplinar as crianças pobres e abandonadas, evitando que seguissem o caminho da criminalidade, educando-as para o trabalho. Também existiam hospitais gerais, distribuídos estrategicamente no território piauiense, atendendo, também, o público infantil. A Santa Casa de Misericórdia de Teresina era a principal referência hospitalar, por estar sediada na capital e localizar-se na região central do Piauí, atendendo os enfermos do interior e de outras unidades federativas limítrofes. Já a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, estava localizada na região norte. O Hospital São Vicente de Paula, instalado na cidade de Floriano, disponibilizava serviços de saúde para as pessoas que viviam na região sul. Estas eram as únicas unidades hospitalares do Piauí, considerando-se a inexistência de estabelecimentos públicos.

Com a mudança da capital do Piauí, o Hospital de Caridade de Oeiras, fundado em 1849, foi transferido para Teresina. Em 1861 a instituição foi cedida à organização da Santa Casa, passando a ser denominado Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia de Teresina.¹³¹ No entanto, essa iniciativa foi insuficiente para atender a demanda dos doentes: “[...] a assistência medica á população pobre desta capital é ainda muito reduzida. Imaginae, agora, a mingua de recursos que vae pelos municipios do interior, onde o medico é quase desconhecido.”¹³² No Brasil, a assistência médico-hospitalar se iniciou com a fundação das Santas Casas de Misericórdia, modelo criado em Portugal e amplamente difundido nas colônias, mediante sua vinculação com o catolicismo.¹³³ A limitação da estrutura hospitalar da colônia, imposta pela falta de interesse do Estado português e precariedade da medicina, não impediu que essas instituições atenuassem os sofrimentos daqueles que procuravam tratamento para as suas moléstias.

A Santa Casa de Misericórdia de Teresina possuía fins humanitários, ao proporcionar, gratuitamente, socorros médicos aos indigentes, como eram chamados aqueles que, no Piauí,

¹³¹ GUIMARÃES, Humberto Soares. História da Santa Casa de Misericórdia de Teresina. In: SANTOS JÚNIOR, Luiz Ayrton (Org.). **História da medicina no Piauí**. Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003. p. 79-82.

¹³² PIAUHY. Governo 1910-1912. **Mensagem apresentada à Câmara pelo Exm. Sr. Dr. Antonino Freire da Silva, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1911**. Therezina: Typ. do Piauhy, 1911.

¹³³ MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

por não possuírem condições financeiras de pagar pelos serviços de saúde, recorriam aos hospitais filantrópicos. Apesar disso, também oferecia os seus serviços para a clientela privada. Esse era um dos meios de conseguir receita para o financiamento do tratamento administrado aos doentes pobres. Por isso existia diferenciação entre os tipos de doentes que eram internados. A classe especial pagava o valor integral e ficava internada em cômodos separados, a segunda classe era composta pelos pensionistas, que também tinham direito à internação diferenciada, com desconto de 50%, enquanto os indigentes eram alojados em enfermarias coletivas.¹³⁴

No final do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia era sustentada, sobretudo, por meio dos auxílios financeiros do Estado. A informação de que essa era a principal fonte de renda da instituição, contribuindo para que os seus serviços não fossem suspensos, era prestada pelos governadores, pela imprensa e pelos provedores da instituição. Na tabela 3, podem ser observadas as verbas que o governo concedeu para a instituição durante a Primeira República e na tabela 4, constam os números de pacientes internados no mesmo período:

TABELA 3 - SUBSÍDIOS ESTADUAIS PARA A SANTA CASA DE TERESINA

ANOS	VALORES	ANOS	VALORES	ANOS	VALORES
1900	13:977\$409	1910	6:000\$000	1920	12:000\$000
1901	9:600\$000	1911	6:000\$000	1921	9:000\$000
1902	9:600\$000	1912	6:000\$000	1922	9:000\$000
1903	9:600\$000	1913	6:000\$000	1923	9:000\$000
1904	4:800\$000	1914	6:000\$000	1924	9:000\$000
1905	4:800\$000	1915	6:000\$000	1925	Não disponível
1906	4:800\$000	1916	6:000\$000	1926	Não disponível
1907	4:800\$000	1917	8:000\$000	1927	11:000\$000
1908	4:800\$000	1918	8:000\$000	1928	Não disponível
1909	6:000\$000	1919	8:000\$000	1929	Não disponível

FONTES: Relatórios da Santa Casa de Teresina, mensagens, relatórios e orçamentos do Estado.

TABELA 4 - DOENTES INTERNADOS NA SANTA CASA DE TERESINA

ANOS	DOENTES	ANOS	DOENTES	ANOS	DOENTES
1909	358	1916	360	1923	306
1910	429	1917	344	1924	425
1911	Não disponível	1918	399	1925	443
1912	514	1919	431	1926	429
1913	430	1920	543	1927	441
1914	449	1921	536	1928	488
1915	Não disponível	1922	411	1929	Não disponível

FONTES: Relatórios da Santa Casa de Teresina, mensagens e relatórios do Estado.

¹³⁴ SANTA Casa de Misericórdia. **O Apóstolo**, Theresina, anno III, n. 133, p. 3, 26 de dez. de 1909.

Em 1890 o governador do Piauí, Gregório Taumaturgo de Azevedo, afirmou: “[...] a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia desta capital é uma instituição pobre, sem recursos próprios e que só se mantém pela generosidade da administração pública que lhe há dispensado em todos os tempos os mais assignalados favores.”¹³⁵ Certamente, isso não ocorria apenas devido à caridade, pois diante da situação de ineficiência dos serviços prestados pela Inspetoria de Higiene Pública, o funcionamento da instituição adquiria relevância diante da demanda dos doentes por atendimentos.

Além das subvenções mensais pagas pelo Estado, conforme a tabela 3, também havia as doações da prefeitura, representando, até o final do século XIX, uma média de pouco mais de dez por cento do valor da verba estadual. Também havia queixas de que a Santa Casa de Misericórdia de Teresina quase não recebia doações particulares e tinha poucos sócios que se interessavam em contribuir com a instituição. Por causa da importante participação pública no financiamento dos serviços prestados, o governador, Coriolano de Carvalho e Silva, manifestou-se da seguinte forma:

[...] deveis considerar especialmente a humanitária instituição de caridade subvencionada pelo Estado - a Santa Casa de Misericórdia. Emissiondo meu parecer sobre este estabelecimento de caráter quasi official, - é meu voto ardente que o encorporeis ao Estado, pois é certo que a respectiva irmandade entregou-o há muito aos cuidados do governo.¹³⁶

Diante da situação, até mesmo o governador sugeriu a incorporação da Santa Casa de Misericórdia de Teresina à gestão pública. A ideia não foi acatada pela Assembleia do Estado e, apesar do seu sustento ser, sobretudo, governamental, continuou com o estatuto de instituição filantrópica. Alegando crise financeira, o Estado reduziu a subvenção da instituição no ano de 1901, conforme a tabela 3.¹³⁷ Com a inclusão das Santas Casas do Piauí entre as instituições beneficiadas com auxílio federal, o valor pago pelo governo teve, mais uma vez, o seu valor reduzido a partir de 1904. No entanto, ainda era uma contribuição significativa, pois as doações de joias e pagamento de anuidades somaram o total mensal de Rs 3:400\$000.¹³⁸

A partir de 1909, o governo do Estado criou nova fonte de receita para a instituição, tratava-se da Oficina da Empresa Funerária, que rendeu o total de Rs 2:641\$895 mensais

¹³⁵ PATRIMONIO. **Fiat Lux**, Theresina, anno I, n. 11, p. 4, 10 de fev. de 1890.

¹³⁶ PIAUHY. Governo 1896-1900. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa, a 1º de junho de 1897, pelo Dr. Raymundo Arthur de Vasconcellos, Governador do Estado**. Theresina: Typ. do Piauh. 1897.

¹³⁷ SUBVENÇÃO a Santa Casa. **Nortista**, Parnaíba, anno I, n. 46, p. 1, 17 de nov. de 1901.

¹³⁸ O nome da moeda brasileira em circulação era o Real. O plural era reis (Rs) conforme a grafia utilizada na época. PORTAL Brasil. **A História das cédulas e das moedas nacionais**. [2016?]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2009/11/conheca-a-historia-das-cedulas-e-moedas-nacionais>>. Acesso em: 18 set. 2016.

naquele ano. Já as subvenções do governo municipal, frequentemente reduzidas, atingiu o valor de apenas Rs 720\$000, que, no entanto, foi maior do que aquele referente às contribuições privadas.¹³⁹ De acordo com a tabela 3, o Estado contribuiu com o maior auxílio financeiro, que, naquele ano, teve aumento. No entanto, as reclamações do provedor do estabelecimento, Pedro Augusto de Souza Mendes, referiam-se aos atrasos no pagamento e valores dos auxílios, conforme a oscilação dos números das receitas estaduais. Segundo ele, apesar da iniciativa do poder público local, as rendas totais do período de 1909 a 1916 não foram suficientes para financiar a demanda crescente por atendimentos:

[...] muitos dos infelizes, que recorrem á consulta dos medicos da Santa Casa, voltam com uma receita inútil, porque não dispõe de meios para fazel-a aviar nas pharmacias, e outros voltam para morrer á mingua, uma vez que os leitos do estabelecimento, reduzidos a menos de meia centena, estão todos occupados e a estreiteza dos nossos recursos não permite attender a esses novos casos, dignos de todo acolhimento.¹⁴⁰

Esse aspecto pode ser verificado na tabela 4, que mostra a tendência de redução das internações. Infelizmente, os dados não trazem informações sobre a faixa etária e o sexo, apesar disso, crianças e gestantes eram atendidas na Santa Casa, pois era a principal instituição que fornecia serviços de saúde regulares no Piauí. Como pode ser observado na tabela 3, o governo estadual concedeu novo aumento para as subvenções em 1917. Este tipo de iniciativa revela que o poder público devia considerar como relevantes os serviços prestados, pois as suas receitas eram instáveis, passando por sucessivas crises financeiras e, nesse contexto, novas despesas eram, frequentemente, evitadas.¹⁴¹

Além dos recursos fornecidos pelo Estado, a Santa Casa de Misericórdia ainda era auxiliada com a alimentação de doentes, medicações, auxílios para reformas e ampliações na sua estrutura. A relevância dos subsídios e auxílios concedidos pelo Estado, refletia em intervenções na administração da Santa Casa de Misericórdia. O conselho administrativo era composto por nove componentes, sendo três deles indicados pelo governo. Além disso, o provedor, Pedro Augusto de Souza Mendes, foi nomeado por Eurípedes de Aguiar, devendo encaminhar ao Poder Executivo um relatório anual sobre o funcionamento da instituição, fato que já ocorria desde o século XIX.

¹³⁹ PIAUHY. Governo 1912-1916. **Mensagem apresentada à Camara Legislativa no Dia 1º de junho de 1913 pelo Exm. Sr. Dr. Miguel de Paiva Rosa, governador do Estado.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1913.

¹⁴⁰ PIAUHY. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado por Pedro Augusto de Souza Mendes, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina, para o Sr. Dr. Euripedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, Sobre as Atividades Realizadas no Anno de 1916. **Código de Saúde de 1916.** Therezina: [s.n.], 1917.

¹⁴¹ PIAUHY. Governo 1916-1920. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. Eurípedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1918.** Therezina: Imprensa Official, 1918.

No relatório do ano de 1917, o provedor reafirmou o papel central do governo estadual no financiamento da instituição: “Como sabe S. Excia. muito pouco ou quase nada podemos esperar da caridade particular que é excessivamente morosa e retrahida, e, nesse caso esse estabelecimento têm que depositar no Estado as suas unicas esperanças, appellando sempre para a philantropia e bôa vontade daquelles que o dirigem.”¹⁴² O administrador da Santa Casa, Pedro Augusto de Souza Mendes, relatou sobre a reduzida participação das contribuições privadas para o estabelecimento, como também que a participação do Estado era imprescindível para o seu funcionamento. Em outro relatório, relativo ao ano de 1920, outro provedor, João Osório Porphirio da Motta, informou:

Os donativos feitos á Santa Casa foram os seguintes: Em dinheiro depositado no cofre de Santa Isabel, padroeira do estabelecimento 169\$000 reis, pela companhia de Fiação e Tecidos Piauienses 200 metros de domestico, pelo governo do Estado 54 sacos de feijão, 54 sacos de farinha, 7 fardos de carne de charque, 3 caixas de latas de banha de porco e 17 sacos de arroz e pelo governo Federal a verba de dois contos de reis. Não obstante os esforços empregados pela administração para elevar o numero de irmãos da instituição de caridade, quase nada tem conseguido devido a negação dos nossos patrícios que erroneamente entendem que os hospitaes devem ser mantidos exclusivamente pelos cofres públicos; a prova dessa verdade é que essa verba rendeu a insignificantes 383\$000 reis.¹⁴³

De acordo com o administrador, é possível observar que os auxílios extraordinários com que o governo estadual beneficiava a Santa Casa, continuaram sendo praticados nos anos 1920. Nesse caso, tratava-se da doação de alimentos, mas continuava sendo frequente a concessão de dinheiro para a realização de reformas no antigo estabelecimento inaugurado no Império, bem como as contribuições para a compra de medicamentos. Além disso, também havia outros meios de receita, tais como o Selo da Caridade, imposto taxado sobre a venda de ingressos das casas de diversão, bem como o Adicional e a Taxa de Conhecimento, com os percentuais de 50%, 60% e 50%, revertidos para a instituição.

Conforme a tabela 3, as subvenções estaduais em 1921 representaram a principal renda da instituição. O governo federal contribuiu com uma pequena quantia, bastante próxima dos valores da verba municipal. Outra parte da renda foi complementada pela empresa funerária, sendo, ainda, quase nulo o auxílio da caridade particular, pois segundo o provedor, a maioria das pessoas acreditava que os serviços de saúde destinados aos indigentes, eram de

¹⁴² PIAUHY. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado por Pedro Augusto de Souza Mendes, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina, para o Sr. Dr. Euripedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, Sobre as Atividades Realizadas no Anno de 1917. **Caixa de Saúde de 1917**. Therezina: [s. n.], 1918.

¹⁴³ PIAUHY. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado por João Osório Porphirio da Motta, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina, para o Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado, Sobre as Atividades Realizadas no Anno de 1920. **Caixa de Saúde de 1920**. Therezina: [s. n.], 1921.

responsabilidade pública, o que, certamente, também contribuía para pressionar o governo estadual a ajudar a instituição.¹⁴⁴ No entanto, no ano seguinte ocorreu a redução da participação financeira do Estado, situação que se prolongou, pelo menos, até meados da década de 1920, o que acabou refletindo na redução dos atendimentos, aspectos que podem ser observados nas tabelas 3 e 4. Também é importante observar que o público materno-infantil continuava não aparecendo nessas informações. Isso provavelmente ocorreu porque a assistência médica prestada era destinada para o público em geral, não existindo especialidades de obstetrícia e pediatria, mas, apenas, as clínicas geral e cirúrgica.

Apesar de um novo aumento nos subsídios e a construção de um pavilhão para intervenções cirúrgicas mediante a doação de Rs 35:000\$000, o provedor Júlio Rosa clamava pela construção de um necrotério, por reformas nas enfermarias dos indigentes e também por mais médicos clínicos e cirurgiões, categoria de profissionais que eram remunerados pelo governo do Estado.¹⁴⁵ Diante disso, o provedor afirmava: “Não ha como negar que o nosso único hospital luta com seria difficuldade para se manter, com os pequenos recursos que lhe são dados [...]”¹⁴⁶ A situação era preocupante, sendo agravada pelo fato das verbas federais estarem atrasadas desde 1921, totalizando Rs 110:000\$000.

Em 1896 foi criada outra instituição de caridade a partir da iniciativa da sociedade local, tratava-se da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. Nela eram prestados diversos tipos de serviços, tais como atendimento ambulatorial, cirurgias, internações e distribuição de medicamentos.¹⁴⁷ No entanto, não existe qualquer referência quanto aos números de atendimentos e prestação de serviços diferenciados para gestantes e crianças. Com isso, pode-se afirmar que essa clientela continuava a ser englobada e atendida juntamente com o resto da população. Os subsídios fornecidos pelo poder estadual durante o período da Primeira República foram bastante reduzidos, conforme pode ser verificado na tabela 5, especialmente, se forem comparados a aqueles que foram fornecidos para o estabelecimento pio da capital:

¹⁴⁴ PIAUHY. Governo 1920-1924. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1921.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1921.

¹⁴⁵ PIAUHY. Governo 1928-1930. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa do Estado do Piauhy, a 1º de junho de 1929, pelo Governador, Exmo. Sr. Dr. João de Deus Pires Leal.** Therezina: Imprensa Oficial, 1929.

¹⁴⁶ PIAUHY. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado por Júlio Rosa, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina, Para o Exmo. Sr. Dr. João de Deus Pires Leal, Governador do Estado, Sobre as Atividades Realizadas no Anno de 1927. **Caixa de Saúde de 1927.** Therezina: [s.n.], 1928.

¹⁴⁷ SOUZA, Gustavo Santos de. História da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. In: SANTOS JÚNIOR, Luiz Ayrton (Org.). **História da medicina no Piauí.** Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003. p. 83-88.

TABELA 5 - SUBSÍDIOS ESTADUAIS PARA A SANTA CASA DE PARNAÍBA

ANOS	VALORES	ANOS	VALORES	ANOS	VALORES
1900	3:000\$000	1908	1:500\$000	1916	Fechada
1901	3:000\$000	1909	1:500\$000	1917	2:400\$000
1902	3:000\$000	1910	1:500\$000	1918	2:400\$000
1903	3:000\$000	1911	Não disponível	1919	2:400\$000
1904	1:500\$000	1912	Não disponível	1920	2:400\$000
1905	1:500\$000	1913	1:500\$000	1921	2:400\$000
1906	1:500\$000	1914	1:500\$000	1922	2:400\$000
1907	1:500\$000	1915	Fechada	1923	2:400\$000

FONTES: Relatórios da Santa Casa de Parnaíba, mensagens, relatórios e orçamentos do Estado.

Alegando a inclusão do pagamento de subsídios federais em 1904, o Estado reduziu pela metade a sua contribuição, que chegou a totalizar apenas Rs 1:500\$000, como pode ser verificado na tabela. A oferta de verbas do poder municipal para a manutenção da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba também foi bastante reduzida, além dos atrasos, ficando a instituição sem nenhuma ajuda deste tipo.¹⁴⁸ Não existem informações sobre os pagamentos de mensalidades pelos sócios beneméritos e também sobre as doações particulares durante esse período. Como resultado da falta de verbas, a instituição passou por uma fase crítica, diminuindo a oferta de serviços de forma gradual, até ser fechada em 1915.

A Santa Casa foi reaberta em 1917, sendo que não somente o Estado contribuiu para isso ao fornecer maiores subsídios, como pode ser verificado na tabela 5.¹⁴⁹ Os setores sociais abastados de Parnaíba também colaboraram para o retorno do funcionamento da instituição. Nessa época o município havia se tornado o maior centro comercial do Piauí, inclusive, com volume de atividades econômicas maiores do que aquelas realizadas na capital. As transações comerciais eram realizadas com todas as regiões do Estado, uma parte do Maranhão e algumas áreas do Ceará, em virtude da navegabilidade do rio Parnaíba. Além disso, o município tinha seu comércio controlado por franceses e ingleses que, desde o século XIX, tinham se estabelecido na região.¹⁵⁰ As atividades desenvolvidas fizeram com que a economia parnaibana passasse por considerável desenvolvimento, favorecendo a formação de um setor social enriquecido que era composto, sobretudo, por estrangeiros, que se mobilizaram para auxiliar na reabertura da instituição caritativa.

¹⁴⁸ PIAUHY. Governo 1910-1912. **Mensagem Apresentada à Câmara pelo Exm. Sr. Dr. Antonino Freire da Silva, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1911.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1911.

¹⁴⁹ PIAUHY. Governo 1916-1920. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. Eurípedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1918.** Therezina: Imprensa Oficial, 1918.

¹⁵⁰ ALVARENGA, Antônia Valtéria Melo. **Nação, país moderno, povo saudável: política de combate à lepra no Piauí.** Teresina: EDUFPI, 2013.

De fato, a situação da Santa Casa melhorou, tanto que o provedor, Delbão Rodrigues, informou que ela havia voltado a funcionar em um prédio com bom estado de conservação, tendo sido concluídas as obras de construção de um novo pavilhão, que contava com sala de operações, gabinete para consultas e consultório dentário.¹⁵¹ Foi então que chegaram um capelão e algumas freiras para ajudar na administração. Várias iniciativas particulares passaram a ser realizadas para arrecadar contribuições para a manutenção da instituição: doações coletadas em festas beneficentes, rendas obtidas com a venda dos ingressos do cinema e das partidas de futebol, além das doações voluntárias. No entanto, isso não pareceu suficiente para a manutenção dos serviços fornecidos, pois nos anos subsequentes foi verificada uma redução no número de doentes internados. Durante o período de 30 de abril de 1923 a 29 de abril de 1924 foram 370 entradas, entre 30 de abril de 1924 e 29 de abril de 1925 foram internadas 293 pessoas, de 30 de abril de 1925 a 30 de março de 1926 foram 191 doentes atendidos, de 01 de abril de 1926 a 15 de abril de 1927 foram 212 internações e de 16 de abril de 1927 a 15 de abril de 1928 foram 142 doentes atendidos.¹⁵²

Outro estabelecimento de caridade existente no Piauí foi o Hospital São Vicente de Paula.¹⁵³ Fundado na cidade de Floriano em 1905, estava localizado no sul, região mais pobre do Estado, em virtude de ser a mais atingida pela seca, o que dificultava a realização da atividade agrícola e da pecuária, repercutindo negativamente na sobrevivência da população e nas rendas municipais. Embora não existam dados numéricos disponíveis da fundação do estabelecimento até 1916, o movimento dos doentes internados de 1917 a 1926 pode ser observado na tabela a seguir:

TABELA 6 - DOENTES INTERNADOS NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA

ANOS	DOENTES	ANOS	DOENTES
1917	88	1922	49
1918	84	1923	49
1919	79	1924	36
1920	73	1925	34
1921	64	1926	32

FONTES: Mensagens e relatórios do Executivo Estadual.

¹⁵¹ PIAUHY. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado por Delbão Rodrigues, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, para o Sr. Dr. Euripedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, sobre as Atividades Realizadas no Anno de 1917. **Caixa de Saúde de 1917**. Therezina: [s.n.], 1918.

¹⁵² PIAUHY. Governo 1924-1928. **Mensagem Lida a 1º de junho de 1928 Perante a Assembléia Legislativa do Estado do Piauí pelo Governador Mathias Olympio de Mello**. Therezina: Typ. do Piauí, 1928.

¹⁵³ PIAUHY. Governo 1904-1907. **Mensagem Apresentada à Camara Legislativa no Dia 10 de junho de 1905 pelo Exm. Sr. Dr. Alvaro de Assis Osorio Mendes, Governador do Estado**. Therezina: Typ. do Piauí, 1905.

Como na Santa Casa de Misericórdia de Teresina e na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, também no Hospital São Vicente de Paula, os serviços de ambulatório, de cirurgia e de internação eram de caráter geral, sem especificação da quantidade e dos tipos de atendimentos prestados para mães e crianças. A redução dos atendimentos ocorreu porque os recursos com que o Hospital contava eram provenientes das pequenas verbas municipais e das contribuições dos poucos associados. As doações particulares eram escassas e insuficientes para o funcionamento da instituição, conforme expresso pelo conselho da Sociedade de São Vicente de Paula: “É pena que essa casa de caridade tão útil à população pobre deste lugar, e outros, seja tão esquecida, de tal sorte que para á sua Caixa não chega uma só esmola, um donativo para auxiliar o serviço, e.t.c.”¹⁵⁴ Na primeira década de funcionamento, as subvenções anuais pagas pelo governo do Estado chegaram a Rs 1:000\$000, mas também foram concedidos auxílios suplementares para socorros extraordinários. Em uma dessas ocasiões, por exemplo, foi aprovado o crédito especial de Rs 5:000\$000 para ser aplicado na construção de dois novos pavilhões hospitalares.¹⁵⁵

Na tabela 6, no período de 1917 a 1926, observa-se a redução gradativa nas internações, especialmente se forem comparadas com o movimento dos outros hospitais. Isso ocorreu em virtude das péssimas condições financeiras do Hospital São Vicente de Paula, motivadas pelo pequeno aumento da subvenção estadual para Rs 2:400\$000, verbas escassas fornecidas pela prefeitura, além de doações particulares quase inexistentes e pagamentos mensais dos poucos associados.¹⁵⁶ Nesse sentido, a redução dos atendimentos não decorreu por falta de demanda, pois a população pobre buscava auxílio médico na instituição, tendo que arcar sozinha com as consequências das moléstias pela falta de serviços, ou, para aqueles que tinham condições financeiras e físicas, viajar para Teresina, que era referência em assistência médica, concentrando a maior parte dos estabelecimentos de saúde do Piauí.

A partir do que foi discutido neste capítulo, ressaltamos que, apenas na década de 1920, foram instalados no Piauí alguns estabelecimentos de saúde pública que forneciam serviços regulares na capital, ficando os municípios do interior sem nenhum atendimento médico. Os Postos de Saúde prestavam serviços precários, sendo especializados na realização de medidas de combate ao alastramento e tratamento das moléstias contagiosas, isso num contexto de

¹⁵⁴ CONSELHO Central da Sociedade de S. Vicente de Paula. **O Apóstolo**, Therezina, anno I, n. 8, p. 4, 7 de jul. de 1907.

¹⁵⁵ PIAUHY. Decreto-Lei nº 478, de 24 de março de 1911. Concede auxílio extraordinário para o Hospital São Vicente de Paula. **Leis e Decretos do Anno de 1911**. Therezina: Imprensa Oficial, 1911.

¹⁵⁶ PIAUHY. Governo 1924-1928. **Mensagem Lida a 1º de junho de 1928 Perante a Assembléia Legislativa do Estado do Piauhy pelo Governador Mathias Olympio de Mello**. Therezina: Typ. do Piauhy, 1928.

intensa campanha pelo saneamento dos sertões. Enquanto isso, a assistência hospitalar clínica e cirúrgica era realizada somente na Santa Casa de Misericórdia de Teresina, na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba e no Hospital São Vicente de Paula, localizado em Floriano. Todas estas instituições eram pobres, funcionando com escassez de recursos, apenas a Santa Casa de Misericórdia de Teresina contava com auxílios maiores do governo estadual, o qual se envolvia, inclusive, na sua administração, confirmando o interesse público em investir na estrutura de saúde da capital. A condição de pobreza do Piauí persistiu durante a Primeira República, o que resultou em poucos investimentos públicos em áreas essenciais, o que foi verificado na saúde.

Como resultado das condições de funcionamento da saúde pública piauiense, o amparo materno-infantil não era considerado responsabilidade pública, razão pela qual não assumiu a forma de um projeto com ações efetivas do governo do Estado durante a Primeira República, aliás, também não existia uma iniciativa federal centralizadora para atuar no atendimento à saúde de gestantes e crianças. Esse quadro permaneceu, apesar do ideário de valorização da infância, que incluía o investimento na saúde como forma de alcançar o progresso do país. Inexistia no Piauí um órgão ou setor administrativo direcionado ao planejamento da assistência à saúde materno-infantil, assim como também não foi identificado um sistema de proteção composto a partir de estabelecimentos de saúde especializados, como maternidades e lactários ou, ainda, seções de pediatria e obstetrícia nas instituições hospitalares de caráter geral.

O que foi verificado, apenas na capital, durante a década de 1920, foi o começo da visibilidade de mães e crianças a partir do funcionamento do primeiro Posto de Saúde do Estado, do Posto de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, bem como do Posto Escolar Abreu Fialho, único estabelecimento para atendimento exclusivo da clientela infantil. Além disso, também foi determinada oficialmente a criação de um Serviço de Higiene Infantil, no entanto, não foram obtidas informações sobre a sua implementação. Nesse sentido, entende-se que as ações de saúde pública materno-infantis foram apenas iniciais, de qualquer forma, tornaram-se importantes porque o governo estadual estava, enfim, reconhecendo a importância da assistência especializada para gestantes e crianças, o que, certamente, contribuiu para que assumisse como responsabilidade pública a estruturação de um sistema de saúde direcionado ao atendimento de mães e crianças no Piauí a partir da década de 1930, sobretudo, no período de 1937 a 1945, como será analisado nos próximos capítulos da tese.

3 POLÍTICOS E MÉDICOS EM DEFESA DE UM NOVO PAÍS: O DEBATE SOBRE A SAÚDE DE MÃES E CRIANÇAS NO PIAUÍ

Este capítulo analisa os ideários que difundiam a defesa da saúde de mães e crianças como responsabilidade dos poderes públicos piauienses, considerada uma importante contribuição para a construção de uma nação desenvolvida, perspectiva presente a partir de 1930, mas, sobretudo, durante o Estado Novo. Ocorreu que os poderes públicos estabeleceram a infância como fase de proteção e cuidados, visando a sua valorização, não somente pela família, na qual se destacava o papel primordial da mãe, aspecto que, no entanto já existia no país desde o século XIX. A novidade verificada no período foi que o Estado, enfim, assumiu a responsabilidade sobre a proteção da saúde da criança, tornando o problema uma questão que requeria a atuação da iniciativa pública. Para isso, teve que buscar a parceria com os médicos que se especializavam não somente no tratamento das enfermidades, mas também na conservação da saúde infantil. Assim, esses profissionais se tornaram as principais referências a quem os poderes públicos deveriam buscar para o enfrentamento da problemática.

O papel tutelar do Estado sobre a sociedade brasileira, estabelecido pelos ideólogos do novo regime político, deveria ser capaz de detectar os problemas que impediam o progresso do país, bem como apresentar projetos de reforma. Essas justificativas foram apresentadas como sendo necessárias para a inserção efetiva do Brasil em uma nova era. A figura de Getúlio Vargas sintetizaria o sentido renovador e criador da estrutura política criada, expressão do seu dinamismo e competência pessoal. No Piauí, existia a presença do ideário de fundação de uma ordem política consentânea com as necessidades e aspirações do povo, mas ele assumia características próprias, conforme as especificidades regionais e os interesses de condução política dos governadores e interventores federais, principalmente no período autoritário, quando se necessitava de ampla coordenação dos grupos políticos.

Os poderes públicos defendiam que era necessário transformar o chamado “homem brasileiro” em trabalhador produtivo e ordeiro, capaz de transformar a própria vida, saindo da miséria, mas, sobretudo, contribuir para a renovação do país. Foi elaborado um ideário político defendendo que o processo de criação do trabalhador ideal deveria começar a partir da responsabilização do Estado sobre a proteção da infância pobre, portanto, as questões relativas ao tema transcenderam o humanitarismo, passando a ser assunto do Estado. Os poderes públicos federais, estaduais e municipais passaram a ser os responsáveis em organizar, coordenar e fiscalizar as iniciativas, que requeriam investimentos públicos, mas também contribuição

particular, com o objetivo de que a criança fosse efetivamente moralizada, educada e saneada, servindo, portanto, aos propósitos de natureza política.

A saúde infantil acabou assumindo posição de destaque no contexto do amplo sistema de proteção que estava sendo idealizado pelos poderes públicos. Para isso, contribuíram, essencialmente, as denúncias feitas pelos profissionais médicos sobre as altas taxas de mortalidade infantil, que tinham maior valor, quando realizadas por pediatras e puericultores, especialistas que atuavam no campo da saúde da criança. Com a valorização da infância para o futuro do Brasil, para o qual também contribuiria o Piauí, o sentimento de pesar pela morte adquiriu maior dimensão, sendo configurado como a interrupção de um plano de realização para a vida adulta produtiva. Por meio do estabelecimento de concepções higienistas e saneadoras, a garantia da saúde foi concebida como uma obrigação do Estado, sendo, portanto, cobrada a responsabilização pública sobre a preservação da vida, mas também do desenvolvimento físico adequado, sobretudo, daquelas crianças provenientes dos setores sociais pobres, mais atingidas de forma grave pelas enfermidades que, quando não eram letais, muitas vezes deixavam sequelas.

No primeiro item do capítulo será abordado como a ideia de desenvolvimento, a partir da fundação de uma nova ordem política, assumiu características regionais, sob a administração de Landry Salles Gonçalves e Leônidas de Castro Mello, interventores federais no Piauí. Em seguida, será identificada a contribuição dos debates e discussões dos profissionais médicos piauienses, junto aos poderes públicos, para a promoção da saúde materno-infantil como questão de Estado. Finalmente, será analisado como o ideário de valorização da saúde, aspecto essencial para a construção de trabalhadores que, no futuro, dariam origem a um novo país, foi um aspecto que propiciou a responsabilização dos poderes públicos sobre a conservação da vida e do desenvolvimento saudável das crianças.

3.1 LANDRY SALLES E LEÔNIDAS MELLO: CENTRALIZAÇÃO POLÍTICA E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

Os poderes locais piauienses consideraram a Revolução de 1930 como uma ruptura no curso da história, sendo convertida em primeiro momento do processo de mudança que estaria sendo instalado no Estado. A defesa da superação do atraso, que sempre teria acompanhado o Piauí, estava presente na legitimação do fato político: “Mas aqui é o caso: que haviam feito os nossos homens públicos até 1930 para os desígnios e as ambições de progresso e fraternidade,

entre nós?”¹⁵⁷ Como resposta, recorria-se ao passado, referindo-se aos bons propósitos dos governos coloniais, que fizeram com que o Piauí exibisse um altivo e nobre orgulho de sua pobreza honrada. Com a instalação da Primeira República, o Estado teria entrado em plena fase estática e, por isso mesmo, sem rendas, sem comércio, sem meios de transporte, sem vias de comunicação, sem qualquer projeto em torno da saúde pública e da instrução popular, dispondo de uma população doente e inculta, portanto, improdutiva, o que contribuía para reproduzir a sua situação de pobreza.

Com o fim da Primeira República, a visão governista consagrou a Revolução de 1930 como um novo ponto de partida, um novo início para o país, no qual o Piauí estava inserido. O Brasil que queria progredir, crescer e civilizar-se não poderia suportar por mais tempo as instituições caducas, as praxes e formalismos viciosos, que deformavam toda a vida nacional e impediam seu crescimento e expansão.¹⁵⁸ Foi alegado que o país, em matéria de organização política, era o domínio da ficção eleitoral e, na área da economia, a não intervenção do Estado gerava a desordem financeira. Quanto aos governos estaduais e municipais, com poucas exceções, a sucessão política era processada como se fosse a de bens privados, uma vez que os negócios públicos e os assuntos familiares tinham soluções paralelas, quando não ocorria que os últimos determinassem a solução dos primeiros. De acordo com os ideólogos do regime, portanto, o fato revolucionário passou a adquirir sentido em contraposição a uma fase de desordem e desequilíbrio a ser superada.

A interventoria do tenente Landry Salles teria garantido a execução dos princípios da Revolução de 1930 no Piauí.¹⁵⁹ Sua administração estabeleceu o tipo de ruptura que transformaria a administração pública e representaria o desenvolvimento do Estado.¹⁶⁰ Foi criado um posicionamento político nacional de ruptura com o passado, representado pelos supostos erros cometidos pelos primeiros governantes republicanos, reiterando que os problemas que provocavam o atraso não teriam sido superados, e mais, que a existência de vícios eram entraves para o engrandecimento do Brasil. O mérito, considerado como revolucionário pelos seus proponentes, seria de imprimir um ritmo evolutivo em direção ao

¹⁵⁷ DEZ anos de governo. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 50, p. 5, 05 de maio de 1945.

¹⁵⁸ VARGAS, Getúlio Dornelles. **No limiar de uma nova era**. Discurso pronunciado a bordo do encouraçado Minas Gerais, capitânea da Esquadra Nacional, em 11 de junho de 1940. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

¹⁵⁹ Landry Salles Gonçalves era um representante do Exército, sendo escolhido como interventor federal do Piauí durante o governo provisório de Getúlio Vargas. Permaneceu no cargo de 21 de maio de 1931 a 03 de maio de 1935. Antes dele, o governo do Estado foi ocupado provisoriamente por vários interventores, em um período de expressivos embates que contribuíram para a instabilidade política.

¹⁶⁰ INTERVENTOR Landry Salles Gonçalves. **Diário Oficial**, Teresina, ano III, n. 137, p. 1, 22 de jun. de 1934.

progresso, sendo o resultado de um protesto silencioso e generalizado do descontentamento do povo, logo, não teria sido obra de partidos ou de grupos ajustados à rigidez de uma doutrina política. O projeto era retomar a origem do fato para legitimá-lo, assim a revolução passava a significar uma violência limitada. Essa referência serviria para firmar as origens da inovadora política que se “inaugurava”, com isso a proposta, eminentemente construtiva, justificava e legitimava a violação inicial do processo político regular.

Landry Salles foi o primeiro governante que conseguiu estabelecer uma articulação dos interesses dos grupos políticos em confronto. Antes disso, a situação política era instável, com vários interventores revezando-se na administração do Estado, não permitindo o funcionamento eficiente da máquina pública e, muito menos, a estruturação de um projeto político.¹⁶¹ O interventor estava familiarizado com as propostas defendidas pela Aliança Liberal, e sua inclinação para a transformação política, mesmo vaga e elitista, já vinha se constituindo, desde o início dos anos 1920, com a emergência do Tenentismo. A escolha foi justificada tanto pelos seus talentos individuais, quanto pelo fato de ser um representante do movimento de cuja lembrança o governo provisório ainda não poderia prescindir, pois detinha um simbolismo importante para a realização da centralização do poder.

A normalidade das contas públicas passou a ser um objetivo de Landry Salles desde que assumiu o governo. O aumento crescente das receitas pode ser verificado no seu mandato: em 1931 a renda foi de Rs 5.232:000\$000, no ano de 1932 o total chegou a Rs 5.208:134\$000, em 1933 a receita atingiu o valor de Rs 5.619:919\$000 e no ano de 1934, fim do governo, a renda arrecadada pelo Estado foi de Rs 7.719:184\$000.¹⁶² Vários fatores possibilitaram o crescimento da economia piauiense, destacando-se a organização administrativa, que possibilitou uma arrecadação mais eficiente dos impostos referentes à dinamização do comércio exterior baseado em produtos do extrativismo vegetal. Com o pagamento dos fornecedores, do funcionalismo e dos empréstimos, o governo voltou a ter crédito, chegando ao ponto do Piauí conseguir a tão almejada estabilidade.

Com o crescimento da economia, passaram a estar cada vez mais presentes na documentação oficial e na imprensa, a divulgação da realização de investimentos na transformação, considerada sem precedentes, da estrutura urbana do Piauí, especialmente de Teresina. A intenção era identificar os governos locais como promotores da modernização da

¹⁶¹ INTERVENTOR Landry Salles Gonçalves. **Diário Oficial**, Teresina, ano III, n. 137, p. 1, 22 de jun. de 1934.

¹⁶² PIAUÍ. Governo 1931-1935. **Relatório Apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, Presidente da República, pelo Interventor Landry Salles Gonçalves, Referente ao Exercício de 1931-1935**. Teresina, Imprensa Oficial, 1935.

cidade, que, por ser capital, era símbolo e modelo de progresso piauiense e, ao mesmo tempo, incluí-la no projeto nacional de construção de um país desenvolvido. Isso pode ser exemplificado a partir da seguinte imagem:

FOTOGRAFIA 01 - AVENIDA ANTONINO FREIRE EM TERESINA



FONTE: Relatório do Estado.¹⁶³

Esta fotografia é um retrato da reforma realizada na avenida Antonino Freire. O traçado retilíneo da via pública, localizada no centro de Teresina, estava de acordo com o planejamento urbano moderno, que privilegiava espaços amplos, organização e embelezamento. Além disso, a avenida abrigava o endereço do Palácio de Karnak, sede do poder público estadual, devendo, também, por isso, ter características inovadoras, conforme a proposta de desenvolvimento. A via pública exibia as carnaubeiras, árvores plantadas como demonstração do potencial das fontes econômicas extrativistas do Piauí, que tanto rendiam lucros para os cofres públicos e que estariam financiando uma parcela considerável do tão almejado progresso. Além disso, também representavam a arborização de Teresina, que estava prosseguindo de forma regular nos últimos anos, com o plantio de amendoeiros, oitizeiros, caneleiros, como também de outras árvores com belo porte e confortável sombra, que tanto orgulhavam os residentes da capital do Piauí, denominada como “Cidade Verde”.

A reforma da avenida Antonino Freire fazia parte de algumas mudanças verificadas, prioritariamente, na região central, onde foram realizadas alterações estruturais nos locais públicos e fornecimento ou ampliação de serviços. Houve investimentos nas áreas da estrutura elétrica, canalização de água, construção de estabelecimentos de saúde, inaugurações de

¹⁶³ PIAUÍ. Governo 1931-1935. **Relatório Apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, Presidente da República, pelo Interventor Landry Salles Gonçalves, Referente ao Exercício de 1931-1935.** Teresina: Imprensa Oficial, 1935. p. 13.

escolas, bem como o embelezamento de prédios públicos, praças e avenidas. De acordo com o Recenseamento Geral da República, em 1940 a população urbana e suburbana de Teresina era de 23.734 habitantes. O centro da cidade era um espaço de maior visibilidade por concentrar um diversificado setor comercial, disponibilizar formas de lazer variadas, como cinemas, teatros, bares e clubes, abrigar os órgãos públicos da burocracia administrativa, além de ser local de moradia dos setores abastados, contando, assim, com uma grande circulação de pessoas. Com isso, era divulgada a ideia de que o Piauí estaria incorporando aspectos modernos ao novo cotidiano dos mais variados setores sociais que, direta ou indiretamente, usufruíam dessa condição, ao estabelecerem suas residências, utilizarem as formas de lazer, recorrerem aos serviços públicos ou realizarem transações comerciais.

Em seguida à Revolução de 1930, o fato concebido como novo ponto de referência foi o golpe de 1937. Segundo Vargas, era o regime da ordem e da paz brasileiras que se estabelecia de acordo com a índole e a tradição do povo, sendo capaz de impulsionar mais rapidamente o progresso geral e garantir a segurança de todos.¹⁶⁴ Afirmar a essência inovadora do Estado Novo implicava a construção de outro modelo político para o governo. O acontecimento foi configurado como um novo início revolucionário, cuja marca principal foi a consecução necessária e premente dos projetos anteriores, que visavam constituir uma nova ordem política, ou seja, o Estado Novo foi concebido como a conclusão lógica da Revolução de 1930.¹⁶⁵ Para isso, foram silenciadas as marchas e contramarchas ocorridas no período, com o objetivo de apagar parte do sentido e da significação de acontecimentos, como a Revolução Constitucionalista de 1932 e a Constituinte de 1934.

No Piauí, as comemorações das solenidades federais, os discursos do chefe nacional e os longos inventários de suas realizações eram frequentemente divulgados na imprensa e nas documentações oficiais. Contemplava-se o Estado Novo como o marco para o início de um novo tempo em que a revolução continuava e entrava, afinal, no seu período construtor. Chamar esse regime político de Estado Novo significava concebê-lo como uma fase de redenção, atribuindo a ele uma inovação autêntica na vida política do país, que representaria uma nova era. As ideias articuladas pelos ideólogos do regime estavam de acordo com a proposta de

¹⁶⁴ VARGAS, Getúlio Dornelles. **A obra de dez anos de governo**. Discurso pronunciado no banquete do Aeroporto Santos Dumont, oferecido pelas classes conservadoras e trabalhistas, em 11 de novembro de 1940. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/expresidentes/getuliovargas/discursos>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

¹⁶⁵ GOMES, Ângela de Castro. Cultura política e histórica no Estado Novo. In: ABREU, Martha (Org.). **Cultura política e leituras do passado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 43-63.

fundação de um novo Estado, o estatuto de um recomeço, uma promessa de um tempo melhor, nunca anteriormente ocorrido ou narrado, mas que estaria para iniciar.

Em terras piauienses, ocorria a tentativa de exaltação do chefe nacional como forma de contribuir para o processo de aceitação da centralização política. Eram constantemente reproduzidas afirmações, como: “Aqui, no Piauí, sua excelência, merecidamente, é tido como o patriota máximo, como o maior homem de nossa atualidade histórica [...]”.¹⁶⁶ Dizia-se que somente o grande homem predestinado ao sucesso conheceria a sua força e poderia utilizá-la para construir um novo futuro.¹⁶⁷ A negligência com o Piauí, observada na Primeira República, não seria mais uma realidade. A intenção oficial era reforçar a ideia de que existia um Piauí antes de Vargas e um Piauí depois de Vargas, quando ocorreria a consolidação da unidade material e espiritual sob o influxo da ação do governo central, logo, a prosperidade piauiense era considerada impossível sem a liderança do presidente.

Uma questão central para os ideólogos do Estado Novo era estabelecer o controle do país, diante da instalação de um modelo estatal centralizado e autoritário, com margens ampliadas de intervenção sobre a sociedade civil. Uma das iniciativas para resolver tal problema foi, personalizando o poder em Getúlio Vargas, torná-lo um líder populista e carismático capaz de conduzir o país no caminho da ordem.¹⁶⁸ Foi utilizado o recurso à figura do chefe como condutor do destino nacional, capaz de traduzir os anseios de todos os brasileiros. O mito de Vargas foi construído à base de um múltiplo jogo de imagens que o mostravam, ora como homem comum, identificado com o povo, ora como verdadeiro líder, investido de dotes especiais. Ele assumiria vários papéis, que eram condizentes com os distintos grupos sociais que deveriam ser convencidos da legitimidade de seu poder para orientar os rumos do país.

A imagem mais difundida do presidente era de “salvador da pátria” predestinado para a missão redentora que a ele fora reservada. Representante solitário de um poder forte e masculino, o chefe da pátria brasileira foi equiparado a Jesus e, com isso, a condução do país também foi representada como tarefa sobrenatural.¹⁶⁹ Os canais convencionais, alimentados pela religiosidade, podiam ser utilizados como condutores mais eficientes dos novos dispositivos de dominação que o poder produzia. A sacralização da política visava dotar o Estado de uma legitimidade escorada em pressupostos mais nobres do que aqueles provenientes

¹⁶⁶ O ANIVERSÁRIO do Presidente Getúlio Vargas. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 87, p. 4, de 20 de abr. de 1942.

¹⁶⁷ RELATÓRIO apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, referente ao exercício de 1943. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 144, p. 1-10, 23 de novembro de 1944.

¹⁶⁸ CAPELATO, Maria Helena. **Multidões em cena**: propaganda política no varguismo e no peronismo. 2. ed. São Paulo: UNESP, 2009.

¹⁶⁹ Ibid.

da ordem política, funcionando mais efetivamente contra as oposições dos adversários.¹⁷⁰ A Revolução e o Estado Novo manipulavam os valores cristãos à medida que o domínio secular da política era simbolicamente confundido com a religião. O Estado buscava uma sincronia, ao reforçar o projeto de controle político a partir da crença popular.

No entanto, os artifícios de manipulação, carisma e populismo do presidente não tiveram os efeitos desejados sobre os oligarcas de Teresina ou sobre os coronéis do interior, nem mesmo eram suficientes para contornar os conflitos com os representantes políticos remanescentes da Revolução de Outubro.¹⁷¹ A solução foi a reinvenção do sistema de interventorias federais em 1937, que já havia sido utilizado logo após os acontecimentos de 1930. Foi estabelecido no artigo nove da Constituição recém-elaborada que o governo federal realizaria uma intervenção nos Estados mediante a nomeação, pelo presidente da República, de um interventor federal.¹⁷² Isso ocorreu porque ao fechar o Congresso, acabar com o sufrágio universal, suspender os direitos políticos, anular a liberdade de imprensa e tornar os partidos políticos ilegais, o Estado Novo reduziu não somente as bases de apoio, mas também os canais de vocalização de interesses, fazendo do sistema político uma estrutura inflexível e, portanto, de difícil condução.

As indicações para as interventorias de cada unidade da federação seguiram critérios diversificados, pois seus representantes precisavam estar adaptados às circunstâncias políticas locais, mas também às conveniências preferenciais do presidente. A liberdade que Getúlio Vargas usufruía na escolha dos interventores era semelhante à autonomia e arbitrariedade do interventor na indicação dos seus prefeitos.¹⁷³ Todavia, esta clientela não era similar à freguesia de interventores federais, já que esses últimos sempre podiam acumular mais poder que aqueles, além de aumentar o valor das transações visando conseguir apoios políticos.

Para o exercício do cargo no Piauí foi nomeado Leônidas Mello, devido a sua declaração de apoio ao novo regime político.¹⁷⁴ Leônidas já governava o Piauí, tendo sucedido a administração de Landry Salles.¹⁷⁵ Segundo sua declaração: “Fui eleito Governador a 22 de

¹⁷⁰ LENHARO, Alcir. **Sacralização da política**. Campinas: Papirus, 1986.

¹⁷¹ CODATO, Adriano. Os mecanismos institucionais da ditadura de 1937: uma análise das contradições do regime de interventorias federais nos Estados. **História**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 189-208, jul./dez. 2013.

¹⁷² BRASIL. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm>. Acesso em: 9 jan. 2014.

¹⁷³ CODATO, Adriano. Intervenção estatal, centralização política e reforma burocrática: o significado dos departamentos administrativos no Estado Novo. **Revista do Serviço Público**, Brasília, n. 62, v. 3, p. 321-339, jul./set. 2011.

¹⁷⁴ CARVALHO, Afonso Ligório Pires de. **Tempos de Leônidas Mello**. 2. ed. Teresina: EDUFPI, 2007.

¹⁷⁵ Leônidas de Castro Mello pertencia a uma família abastada do município piauiense de Barras. Estudou medicina no Rio de Janeiro. Foi professor e diretor do Liceu Piauiense e da Escola Normal Oficial, além de chefe do Dispensário de Lepre e Doenças Venéreas. Foi eleito em 1933 ao cargo de deputado federal. Paralelamente a essas

abril de 1935. A apuração mostrou que todos os eleitos pelo Partido votaram em mim.”¹⁷⁶ A indicação para concorrer ao governo por votação indireta teria sido resultado da escolha pessoal de Landry Salles, pois ele exerceu o cargo de secretário geral do Estado durante o seu governo. A nomeação para a interventoria federal em 1937 recaiu, portanto, sobre um representante do grupo político dominante na política do Piauí, cargo no qual permaneceu até 1945.

A influência da condução política centralizada do Estado Novo não pode ser compreendida fora da dinâmica de cada unidade federativa. Foi necessário reinventar o compromisso com as forças políticas estaduais, pois a coordenação política no contexto ditatorial era muito mais trabalhosa devido às especificidades regionais.¹⁷⁷ O sistema de interventoria federal deveria funcionar no sentido de promover a ascensão das novas lideranças regionais, conter o poder dos antigos representantes oligárquicos, assim como viabilizar a integração dos subsistemas regionais ao poder central. Isso ocorreria mediante as tentativas de controle da autonomia das unidades federativas na economia, no judiciário e na administração, ou seja, dependia, entre outros aspectos, da elaboração de uma estrutura governamental que precisava se desdobrar em todo o país, incluindo um projeto unificado, a partir das ações das esferas de governo. Essas iniciativas representaram uma importante parcela do projeto de centralização administrativa e de concentração do poder político em âmbito nacional, sem a necessidade de anular os esquemas oligárquicos de dominação.

Apesar dos inúmeros esforços, a elite política tradicional e, sobretudo, os interventores federais, não orientavam todos os seus projetos e ações pela observância estrita aos princípios do regime ditatorial.¹⁷⁸ A estrutura de funcionamento da política regional não funcionava de maneira lógica, aspecto observado no Piauí, como será possível observar nos capítulos seguintes. A coerência política mediante a conexão necessária entre os poderes regional e nacional, não deve fazer supor uma organização onipotente ou um planejamento onisciente. Havia o risco, não tão remoto assim, de autonomia política e administrativa dos novos chefes da política local, pois eles poderiam compor suas bases políticas entre os prefeitos municipais, governando os Estados por decretos. Além disso, havia a dificuldade para impor uma unidade ideológica a todos os interventores, como também o problema da instabilidade que uma coordenação política precária poderia representar para o governo.

funções, também exerceu o ofício de clínico geral, atividade que abandonou durante o período em que administrou o Piauí.

¹⁷⁶ MELLO, Leônidas de Castro. **Trechos do meu caminho**. Teresina: COMEPI, 1976.

¹⁷⁷ CODATO, Adriano. Os mecanismos institucionais da ditadura de 1937: uma análise das contradições do regime de interventorias federais nos Estados. **História**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 189-208, jul./dez. 2013.

¹⁷⁸ Id. Estado Novo no Brasil: um estudo da dinâmica das elites políticas regionais em contexto autoritário. **DADOS: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 305-330, 2015.

Alguns interventores federais, visando a proveito próprio, reproduziam a simbologia do regime com os seus mitos, ritos e ideários. Fazendo isso, acabavam promovendo em âmbito local os expedientes legitimadores e mistificadores que o poder político federal administrava, como forma de prosseguir com a obra supostamente transformadora. Ao mesmo tempo, com o poder de nomeação dos seus colaboradores diretos, inclusive, dos prefeitos municipais, os interventores multiplicavam nos Estados os diversos esquemas de indicação pessoal, dominação territorial e construção de apoios locais, vigentes em escala nacional.

A imagem de Leônidas Mello era de um homem culto, patriota e profundamente dedicado aos interesses da sua gestão, sempre trabalhando pela prosperidade, um grande benfeitor dos piauienses. O progresso verificado no Estado seria mérito do interventor do Piauí e não somente do presidente Vargas, portanto, diante disso, ele também desfrutava de benefícios pessoais no processo de construção de sua imagem política. Passou a se afirmar que o Estado se desenvolvia de maneira inédita: “Alcançamos por esse prisma o desempenho do Piauí, dentro da civilização brasileira. Uma gente nova e forte, impetuosa como os rios em formação, sob a chefia de um administrador genial, na moderação e nos impulsos, tem nobre papel a representar.”¹⁷⁹ Divulgava-se que todas as ações do interventor não visariam a outra coisa que não fosse o bem público, o crescente progresso de sua terra e a felicidade de sua gente, restando ao povo piauiense agradecer pela ajuda abnegada e, mesmo pelos incontáveis sacrifícios sempre realizados por ele.

O interventor federal também era caracterizado por sua firmeza na administração do Estado, com um governo calmo, conciliador e produtivo. Seria necessário para a caracterização daqueles que eram considerados os legítimos condutores do povo, os traços de força, coragem, bondade, generosidade, perseverança, retidão de caráter, energia, clarividência, vontade, sabedoria e autoridade.¹⁸⁰ Esse tipo de descrição de virtudes de mando devia estimular a confiança do povo no chefe político local que estava transformando o Piauí. Nesse sentido, ele também era apresentado como alguém com todas as qualidades para fazer um governo íntegro e seguro. A intenção era suscitar a admiração e o reconhecimento popular sobre as ações do governo, representado como eficiente e mantenedor da ordem. Nesse sentido, ocorreu não somente um investimento consciente na condução política do Piauí a partir da imagem construída de Vargas, mas o seu representante local também contribuiu de forma importante para a difícil condução da estabilidade política estadual, base para a centralização política.

¹⁷⁹ A CRENÇA imorredoura. **Gazeta**, ano XXXIII, n. 1.321, p. 4, 01 de jan. de 1943.

¹⁸⁰ CAPELATO, Maria Helena. **Multidões em cena**: propaganda política no varguismo e no peronismo. 2. ed. São Paulo: UNESP, 2009.

Diante disso, torna-se relevante analisar que, durante o Estado Novo, as matérias jornalísticas e a documentação oficial do Piauí tratavam, prioritariamente, das ações de Leônidas Mello, sempre colocado na posição de defensor dos interesses estaduais. A iniciativa de legitimação poderia ser percebida de forma explícita na divulgação e reprodução maciça das falas, imagens e ações do interventor. Isso ocorria por ocasião da divulgação das comemorações das datas cívicas, veiculação de inaugurações de obras públicas ou qualquer outro compromisso oficial onde o interventor estivesse presente, conforme pode ser observado abaixo:

FOTOGRAFIA 02 - COMEMORAÇÕES DO DIA DA INDEPENDÊNCIA NO PIAUÍ



FONTE: Diário Oficial.¹⁸¹

Na composição das duas imagens presentes na fotografia 02, pode-se observar que, no plano superior, foi retratado em destaque o interventor do Piauí. Ele é o único vestindo terno escuro, discursando para militares e a população em geral, presentes na imagem colocada na posição inferior. No palanque, juntamente com Leônidas Mello, estavam também várias autoridades militares e civis no evento de comemoração à Independência do Brasil, realizado no ano de 1944 em Teresina. Festividades realizadas por ocasião dos feriados cívicos mudavam a feição da capital, que se agitava, pois os habitantes interrompiam seus afazeres rotineiros para assistir às comemorações. Dessa forma, ocorreu não somente um investimento consciente na busca da legitimidade de Vargas, mas também de seu representante local.

¹⁸¹ O DIA da Independência. **Diário Oficial**, ano XIV, n. 110, p. 2, 9 de set. de 1944.

Era comum a participação de grande contingente popular composto por gente simples dos setores formados por trabalhadores pobres, estudantes e funcionários públicos. Tratava-se de uma ocasião propícia para a demonstração do poder do interventor, pois estando acompanhado dos seus apoiadores, demonstrava a estabilidade do governo, conseguida por meio de alianças políticas. Por outro lado, esses eventos também funcionavam para marcar a autoridade de Leônidas Mello, ao comandar os piauienses que, não sem razão, aparecem retratados na posição inferior da composição fotográfica, simbolizando a hierarquia do poder político piauiense.

Foi a partir da Revolução de 1930 que a utilização das fotografias pelos poderes públicos passou a sofrer mudanças, sendo que culminaram, durante o Estado Novo, na sua utilização intensa em propagandas governamentais.¹⁸² Frequentemente, a palavra escrita aparecia conjugada ao recurso visual da imagem, pois permitia a produção de um novo sentido para a mensagem veiculada. O emprego de novos meios de comunicação passou a ser considerado como instrumento eficaz para a persuasão da população, considerada incapaz de racionalização e vulnerável para ser conduzida por outros apelos, como a emoção e a intuição. A propaganda política deveria, não somente, ser realizada de forma sistemática, como também incluir, na sua produção, as possibilidades oferecidas pelas novas técnicas e pelos inventos modernos, aspecto condizente com o projeto de governo inovador.

Outras motivações também podem ser consideradas, como o fato de que o uso privilegiado das imagens fotográficas revela um artifício com maior potencial de convencimento por ser uma representação mais realista dos fatos.¹⁸³ A montagem, como a que foi realizada na fotografia 2, era um recurso bastante utilizado, sobretudo, durante os anos de 1937 a 1945 no Piauí. Esse tipo de estratégia denuncia a encenação das imagens realizada pelos modos de integração do fotógrafo e pelo efeito de paragem, elementos que, conjugados ao texto impresso, produziram uma determinada versão que, pelo realismo fotográfico, garantiriam o estatuto de verdade anunciada.¹⁸⁴ Com o exemplar específico, é possível entender que, com a utilização da nova técnica, as fotografias compunham uma narrativa daquilo que efetivamente teria ocorrido, oferecendo uma visão mais ampla com a justaposição dos recortes. Assim,

¹⁸² A difusão da técnica fotográfica, com a diversificação de seus usos e funções, ocorreu na segunda metade do século XIX. A utilização documental das fotografias era preponderante, pois o objetivo era muito mais realizar um inventário das belezas naturais, dos acontecimentos importantes e das transformações urbanas do que utilizá-las como propagandas de governo. LACERDA, Aline Lopes de. “A obra getuliana” ou como as imagens comemoram o regime. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 14, p. 241-264, 1994.

¹⁸³ CAPELATO, Maria Helena. **Multidões em cena**: propaganda política no varguismo e no peronismo. 2. ed. São Paulo: UNESP, 2009.

¹⁸⁴ MAUAD, Ana Maria. Através da imagem: fotografia e história, interfaces. **Tempo**, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, 1996.

devem ser considerados os efeitos produzidos pela imagem, tanto pela expressão estética, quanto pelo conteúdo, para tornar-se propaganda política.

Na tabela a seguir é possível identificar o constante crescimento das receitas estaduais, como resultado do desenvolvimento da economia local durante os dez anos do governo de Leônidas Mello. Sem qualquer nova tributação, apenas com medidas de caráter administrativo, foram geradas rendas muito superiores às previstas a cada ano. Isso ocorreu, principalmente, devido aos altos rendimentos das exportações, o que serviu de estímulo para que o governo do Estado realizasse maiores investimentos em obras e serviços:

TABELA 7 - RECEITAS ESTADUAIS NO PERÍODO DE 1935 A 1945

ANOS	VALORES
1935	10.431:371\$000
1936	13.916:800\$700
1937	15.249:631\$780
1938	15.843:725\$900
1939	20.327:603\$100
1940	22.804:948\$600
1941	33.126:678\$000
1942	29.167.968,20
1943	30.769.370,00
1944	33.240.715,80
1945	39.666.178,00

FONTES: Mensagens e relatórios do Executivo Estadual.

Leônidas Mello, aliado político do seu antecessor, reconhecia a situação em que se encontrava o Piauí quando assumiu o cargo máximo do Poder Executivo Estadual em 1935. Segundo ele: “O período vencido – do qual agora vos dou conta – passará á nossa Historia como epoca de consideraveis progressos em todos os setôres da vida piauiense.”¹⁸⁵ As exportações da cera de carnaúba, como também da amêndoa e do óleo de babaçu, passaram a ser verificadas no século XIX, fazendo parte de um processo, que atingiu o ápice entre os anos 1930 e 1940.¹⁸⁶ Os gêneros extrativistas estavam cada vez mais valorizados no exterior, representando a maior fonte de riqueza para o Piauí. Os prognósticos para a expansão econômica no futuro próximo eram animadores, o que, aliás, acabou sendo confirmado. Essa situação trazia um aspecto inteiramente novo para o desenvolvimento estadual e também para a vida dos piauienses, especialmente para aqueles que residiam na capital. A partir de 1936, como pode ser observada

¹⁸⁵ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Mensagem Apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Piauí pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1936**. Teresina: Imprensa Oficial, 1937.

¹⁸⁶ QUEIROZ, Teresinha de Jesus Mesquita. **Economia piauiense**: da pecuária ao extrativismo. 3. ed. Teresina: EDUFPI, 2006.

na tabela 7, a receita pública excedeu os valores registrados no ano anterior em cerca de 40%, fato que foi observado de forma similar até 1945.¹⁸⁷ Sobre o progresso que seria atingido a partir do desenvolvimento da economia piauiense, afirmava-se:

Era o estado um rincão pobre e desconhecido do Nordeste. Dir-se ia que aqui, jamais floriria uma civilização. Mas o ínclito chefe, com a chance dos predestinados, concebeu um plano, somente delineado por seu antecessor. Era inadiável fazer o alevantamento econômico da terra. De outra maneira não há elevação da sociedade. Eis o ponto de partida das grandes operações. Depois viria tudo.¹⁸⁸

Reproduzia-se a ideia de que a expansão crescente das finanças propiciou que o Piauí conseguisse projeção nacional, saindo do obscurantismo. Isso também permitia que fosse dada continuidade às obras de infraestrutura, que já vinham sendo realizadas desde o governo de Landry Salles, as quais serviriam para encaminhar o Piauí rumo à civilização que, até então, era apenas sonhada. Argumentava-se que a nova situação econômica do Estado não tinha precedente, significando em larga medida, a autonomia piauiense, que antes de 1930 constantemente dependeu das verbas federais para o funcionamento da máquina pública e realização de investimentos.

Segundo o governador Leônidas Mello, em todos os ramos da administração piauiense verificavam-se incontáveis e grandes avanços. Ele ainda relatava que os compromissos do Estado eram saldados com pontualidade, o funcionalismo estava sendo pago regularmente, havia grandes obras em construção e, apesar disso, os cofres do governo possuíam uma considerável reserva financeira.¹⁸⁹ O influxo benéfico não teria se refletido somente sobre o tesouro público, sendo um grande incentivo para todas as atividades, proporcionando melhores compensações para o trabalho e, conseqüentemente, mais estímulos para produzir.

Várias obras financiadas, subsidiadas ou coordenadas pelos poderes públicos, pareciam atestar que as mudanças em curso eram positivas, como construções de unidades de saúde, escolas, pontes, açudes, expansão da rede de energia e de abastecimento de água. Na administração de Leônidas Mello, algumas delas merecem ser destacadas porque, pela sua imponência e grandeza, serviam para construir a representação oficial de que o Piauí prosperava. Esse é o caso da ponte sobre o rio Poti, um dos principais rios da capital, juntamente

¹⁸⁷ Em 1942 o Real foi substituído pelo Cruzeiro. Foi realizado o corte de três zeros, sendo estabelecido que um Cruzeiro passasse a valer mil Réis. PORTAL Brasil. **A História das cédulas e moedas nacionais**. [2016?]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2009/11/historia-das-cedulas-e-moedas-nacionais>>. Acesso em: 18 set. 2016.

¹⁸⁸ A CRENÇA imorredora. **Gazeta**, ano XXXIII, n. 1.321, p. 4, 01 de jan. de 1943.

¹⁸⁹ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Mensagem Apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Piauí pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1936**. Teresina: Imprensa Oficial, 1937.

com o Parnaíba. A obra, medindo 170 metros de comprimento por 20 metros de largura, foi inaugurada com grandes festividades em 1936, sendo considerado um complemento indispensável da rede rodoviária, representando a expansão tão almejada.¹⁹⁰

A construção da ponte durou pouco mais de um ano, tempo curto para o tamanho da obra. A intenção foi evitar contratempos que seriam trazidos pelo verão piauiense caracteristicamente chuvoso, assim foram apressados os trabalhos com plantões noturnos. Apesar de a ponte ter se tornado mais cara, tal fato seria contrabalanceado pelos benefícios que iria trazer para o desenvolvimento do Estado, aspecto que também servia para valorizar a capacidade administrativa do governador. O projeto arrojado, como nenhum outro antes dele, possuía a clara intenção de demonstrar que o Piauí estava passando por inegável progresso.

Getúlio Vargas afirmava a relevância do desenvolvimento econômico para a realização do seu projeto de governo em que o nascimento de um novo país seria atingido com a colaboração indispensável do aspecto material, revertido em benefícios para os brasileiros.¹⁹¹ O Piauí realizou a sua parte nesse planejamento, pois a alta cotação dos produtos extrativistas no comércio internacional foi um incentivo para que o governo, dispondo de maiores recursos, pudesse incentivar as fontes de produção e os meios de consumo, como afirmou o interventor:

O ano de 1940, Exmo. Presidente, marca uma década de crescente prosperidade do Piauí. Os números crescentes das receitas do estado expressavam essa condição de 1931 a 1940. A valorização dos gêneros exportáveis, especialmente a cera de carnaúba e o babassú, o aproveitamento de novos produtos, entre as quais a oiticica, inexplorada até pouco tempo e a proteção às riquezas naturais. Pôr esse feliz conjunto de circunstâncias, o Piauí progride numa expansão verdadeiramente animadora, e pode prestar a sua modesta colaboração à obra admirável de reconstrução nacional que V. Excia. vem realizando para felicidade do povo brasileiro.¹⁹²

A obtenção do satisfatório saldo positivo não foi a consequência única da elevação do preço dos gêneros exportáveis. Essa elevação teria sido nula se não tivesse ocorrido o fomento da produção e a sua evasão por via terrestre, por meio da rede rodoviária que levava os produtos piauienses para outras unidades federativas, onde eram revendidos em espécie ou industrializados.¹⁹³ Se faltavam rodovias, que demoravam mais tempo para serem construídas,

¹⁹⁰ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Mensagem Apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Piauí pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1936**. Teresina: Imprensa Oficial, 1937.

¹⁹¹ VARGAS, Getúlio Dornelles. **No limiar de uma nova era**. Discurso pronunciado a bordo do encouraçado Minas Gerais, capitânea da Esquadra Nacional, em 11 de junho de 1940. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos/1940.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

¹⁹² PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, Presidente da República, pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1940**. Teresina: Imprensa Oficial, 1941.

¹⁹³ LEÔNIDAS Mello: 9 anos de governo. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 52, p. 1, 3 de maio de 1944.

além de mais caras, foram construídas estradas carroçáveis, num cômputo de quase oito mil quilômetros, que proporcionavam acesso ao sertão rico em produtos para o extrativismo vegetal. A produção era escoada para os centros de consumo a partir da ligação intermunicipal do norte até o extremo sul do Piauí, como também de Teresina a Parnaíba.

Os serviços de transportes aéreos no Piauí começaram a funcionar em 1936, quando, primeiramente, a linha ligou as cidades de Parnaíba e Floriano, depois foi estendida a Uruçuí. O passo seguinte foi a realização de viagens interligando o Piauí a outras regiões do país, a partir da integração de rotas com o Rio de Janeiro e Belém do Pará. Em 1940 foi inaugurada uma nova rota com os voos de Teresina até a capital do Ceará, com escalas nas cidades piauienses de Regeneração, São Pedro, Picos, Oeiras, Floriano e Jaicós.¹⁹⁴ O serviço foi realizado mediante um acordo entre o governo do Piauí e a companhia aérea Viação Condor, que, além da subvenção estadual, também tinha uma contrapartida federal. Várias ações financiadas, subsidiadas ou coordenadas pelos poderes públicos, em acordo com a iniciativa privada, atestavam a existência de uma parceria em prol do desenvolvimento do Piauí. Isso ocorria com vários serviços instalados, deixando entrever que, ao contrário do que registrava o interventor, os poderes públicos não eram os únicos responsáveis pelos investimentos.

Melhores e mais rápidos meios de transportes era condição essencial para a vitalidade econômica, atendendo à necessidade mais premente de aproveitamento das riquezas da terra e valorização das atividades que geravam rendas. Além disso, também unia em tempo mais curto os núcleos mais distantes do país, como o Piauí, à capital federal, tornando mais eficiente a administração pública estadual e municipal, no desempenho de suas funções. O serviço aéreo regular proporcionava, também, maior facilidade de circulação de pessoas com a ligação do Piauí a outras regiões do Brasil. Apesar do serviço ser acessível apenas a uma pequena parcela da população abastada, tornou-se mais um dos símbolos das transformações urbanas, contribuindo para transformar a paisagem urbana, que recebia traços modernos incorporados ao novo cotidiano da cidade e de seus habitantes.¹⁹⁵

Com o prosseguimento da II Guerra, ocorreu uma restrição crescente da saída dos gêneros de exportação, fator precípua da arrecadação do governo estadual, mas, por outro lado, isso também motivou a elevação dos preços. Apesar das suposições e hipóteses pessimistas, pode ser observado na tabela 7 que, exceto no ano de 1942, continuou havendo uma valorização dos produtos, que tiveram saída para os mercados estrangeiros, notadamente, o norte-

¹⁹⁴ TERESINA cidade modelo. **Gazeta**, Teresina, ano XXXIII, n. 1.418, p. 3, 19 de set. de 1943.

¹⁹⁵ ANIVERSARIO de dez anos de governo Leônidas Mello. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 49, p. 11, 03 de maio de 1945.

americano. A média de arrecadação no quinquênio da guerra de 1940 a 1944 excedeu quase duas vezes ao valor referente ao período anterior de 1935 a 1939.

Os valores das exportações continuaram excedendo os números verificados nos anos anteriores, contribuindo com percentuais cada vez mais elevados na arrecadação, tanto que, em 10 anos de governo, as receitas aumentaram em cerca de 300 % e, se fosse tomado por base o exercício de 1930, elas foram elevadas ao sêxtuplo. Com isso, se antes era praticamente esquecido nas estatísticas do comércio exterior, o Piauí passou a estar entre aqueles Estados que mais exportavam em todo o país, contribuindo para o saldo positivo que se verificava na balança comercial.¹⁹⁶ Verificava-se a preocupação de Leônidas Mello em manter o equilíbrio financeiro do Estado a partir dos saldos econômicos positivos. De acordo com ele, o Estado não tinha débitos em atraso e o pagamento do funcionalismo estava sendo rigorosamente cumprido.

Apesar de várias obras públicas serem paralisadas, era divulgado que isso ocorria apenas por precaução orçamentária.¹⁹⁷ No entanto, ao contrário da imagem oficial, a prosperidade da economia piauiense era sustentada por uma base frágil, pois em larga medida, era resultado da exploração dos produtos extrativos florestais. Isso não era uma condição positiva, já que eram esgotáveis e dependentes da oscilação do mercado exterior, não oferecendo ampla garantia para uma sólida estrutura financeira. Como já havia ocorrido com a borracha no Piauí e no vale do Amazonas, a fase de desenvolvimento econômico promovida por produtos como a carnaúba e o babaçu, teve um fim, não garantindo o progresso duradouro do Estado nas décadas subsequentes.

Os melhoramentos urbanos verificados na infraestrutura e na concessão de serviços durante o período de 1937 a 1945 não ocorreram somente na capital, sendo os municípios do interior também beneficiados, embora, de forma mais limitada. Ao contrário daquilo que era informado na imprensa oficial, divulgando que eram numerosas e vultosas as realizações materiais, tendo, inclusive, merecido de personalidades ilustres que visitavam essas terras, os mais sinceros elogios.¹⁹⁸ O interventor federal Leônidas Mello realizou viagens para inaugurar obras de melhoria urbana, que ocorreram em parceria com os prefeitos do interior. Essas ocasiões eram amplamente divulgadas pela imprensa, fazendo crer que o progresso não se restringia à capital.

¹⁹⁶ ENTREVISTA do governador. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 247, p. 12, 6 de nov. de 1941.

¹⁹⁷ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1942**. Teresina: Imprensa Oficial, 1943.

¹⁹⁸ INTERVENTOR Leônidas Mello. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 180, p. 1, 14 de ago. de 1941.

Algumas dessas realizações podem ser destacadas, como a inauguração de usina elétrica, ginásio, patronato e praça no município de Piracuruca, em seu bicentenário. A escolha do prefeito pelo interventor seria uma ação acertada por “[...] espalhar milagres sobre a cidade, dando-lhe uma feição nova e moderna, augúrio e vaticínio de um período áureo para o futuro de seu povo.”¹⁹⁹ No município de Picos, a parceria entre o interventor e o prefeito também teria resultado em concessões de serviços e inaugurações de obras, que proporcionavam melhoria da qualidade de vida e bem-estar, considerados como resultados positivos do desenvolvimento. Admitia-se na propaganda política divulgada na imprensa local que “[...] os seus nomes hão de ser sempre lembrados como benfeitores deste município, para o qual se abre agora uma nova era promissora e de incalculável prosperidade.”²⁰⁰

O interventor federal também esteve presente em inaugurações nos municípios de Barras, Boa Esperança e Batalha. Divulgava-se que essas localidades do norte do Piauí teriam recebido o chefe do Executivo com efusivas demonstrações de apreço, não somente por parte das autoridades locais, mas também das respectivas populações, em agradecimento aos importantes melhoramentos representados por obras, como estradas, pontes e mercados.²⁰¹ Em Oeiras, Leônidas Mello também teria contribuído com muitos investimentos:

Mercê do apoio que venho encontrando por parte do interventor, pude realizar, nos últimos anos, vários melhoramentos, como sejam: o cemitério e necrotério municipais; o campo de pouso (onde aterrissam duas vezes por semana os aviões); quatro poços tubulares para fornecimento de água para os moradores do subúrbio; um mercado de carnes; um mercado de frutas e cereais; o Cine-Teatro Oeiras, com instalações aperfeiçoadíssimas e confortável mobiliário; o Palácio do Comércio; a Praça da Bandeira, com um belo jardim e elegante coreto [...].²⁰²

O prefeito, Orlando Barbosa de Carvalho, afirmou que a antiga capital do Piauí estaria passando por um processo de renascimento, pois era alvo de importantes melhoramentos. A lista de inaugurações de obras e fornecimento de serviços públicos em parceria com os governos prosseguia, sendo bastante longa, e também contemplando projetos que estavam em andamento. Segundo o prefeito, anteriormente os oeirenses viviam em uma condição de quietude que conduzia à decadência. Contudo, quando Getúlio Vargas chegou ao governo e colocou Leônidas Mello como interventor, acabou abrindo horizontes novos para a prosperidade geral da terra. Dessa forma, Oeiras, como um dos mais importantes municípios

¹⁹⁹ O MUNICÍPIO de Piracuruca rumo ao progresso. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIII, n. 107, p. 5, 28 de ago. de 1943.

²⁰⁰ EXCURSÃO interventorial pelo interior do Piauí. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 10, p. 1, 14 de jan. de 1942.

²⁰¹ EXCURSÃO do interventor Leônidas Mello. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIII, n. 122, p. 2, 5 de out. de 1943.

²⁰² O PREFEITO de Oeiras. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 160, p. 4, 30 de dez. de 1944.

piauienses, bem servia de exemplo oficial para a construção de uma imagem de prosperidade que, alegava-se, já era realidade não somente na capital, mas também no interior piauiense.

É necessário, entretanto, atentar para o fato de que críticas ao desenvolvimento do Piauí foram cada vez mais presentes nos jornais, que passaram a circular livremente depois do final do período do Estado Novo. De fato, o Piauí passou por uma fase de desenvolvimento econômico e isso refletiu em obras e serviços públicos, no entanto, as contradições sempre existiram, mas não eram divulgadas pela imprensa. As críticas ao modelo da política econômica poderiam colocar em suspeição a imagem de desenvolvimento contínuo e homogêneo que os governos locais desejavam veicular. Um exemplo das críticas à imagem governamental de progresso pode ser observado abaixo:

A Avenida Frei Serafim, uma das mais bonitas vias publicas de Teresina, ao que nos informan, vive cheia de suínos que estão danificando completamente não somente a mesma via, como tambem as residências. [...] é inconcebível que tenhamos que suportar, por culpa dos moradores, e em parte das autoridades, que devem e teem a obrigação de zelar pelo bem estar coletivo, a vergonha e o perigo de contaminação provocado por animais que vivem às soltas por todos os recantos da cidade.²⁰³

A capital, representada como símbolo do desenvolvimento promovido pelos poderes públicos, era alvo de críticas por não ter integralmente concretizada, sequer, a divisão entre o campo e a cidade, com permanências significativas de costumes tradicionais, como a criação livre de pequenos animais. Dessa forma, constata-se que, mesmo a avenida Frei Serafim, antes denominada Presidente Getúlio Vargas, principal via de tráfego localizada no centro da cidade e local de moradia da elite local, ainda apresentava características tipicamente rurais que, certamente, estavam presentes por toda a cidade de Teresina e que também significavam um problema de saúde pública. Essa via urbana, segundo o cronista, não poderia continuar na condição de atraso que trazia vergonha aos habitantes partidários do desenvolvimento, especialmente se comparada a outras capitais.

Para solucionar a situação, o ideal seria a iniciativa dos governos locais, mas também da população, devendo ter uma postura considerada mais civilizada. Esse fato é particularmente revelador do grau de urbanização de Teresina, pois a avenida Frei Serafim, devido à sua importância, deveria ter sido foco das reformas empreendidas pelos poderes públicos estadual e municipal. Certamente isto já ocorria desde o governo dos interventores Landry Salles e Leônidas Mello, contudo, esse tipo de informação depunha contra a propaganda política que determinava a divulgação da imagem de progresso. Outro problema que mostra a fragilidade

²⁰³ A CIDADE. **O Piauí**, Teresina, ano LVII, n. 46, p. 3, 10 de fev. de 1946.

do projeto de desenvolvimento implantado no centro da cidade, consistia na constante falta de energia elétrica. É o que revela a denúncia jornalística a seguir:

É como vive a cidade de Teresina, atualmente. Um foco luminoso se distingue aqui e ali, as ruas em escuridão profunda, apresentam-se com uma fisionomia desoladora e triste. À noite, tornando-se paulificante a iluminação a candeeiro nas casas residenciais [...] os colégios são iluminados a motores próprios. O Cine São Luiz, o mais bem arquitetado desta cidade, de há muito vem com suas portas cerradas, por falta de energia para a projeção dos filmes [...]. As igrejas, dantes abertas à noite, para a realização das festas da padroeira, sermões quaresmais, novenas, praticam todos esses atos à tarde, exclusivamente à falta de luz.²⁰⁴

Esse problema constante de falta de energia era agravado no período noturno, porque a população ficava sem a possibilidade de desfrutar de algumas das poucas formas de sociabilidades existentes, como as exhibições de filmes no principal cinema da cidade e os eventos religiosos, além de outras formas de lazer como o teatro, os bares e a convivência nas praças, acontecimentos que proporcionavam dinamismo ao cotidiano dos teresinenses. Esse fato ocorria apesar de o serviço de iluminação elétrica ter sido iniciado desde o começo do século XX, revelando que a estrutura montada para o seu funcionamento até a década de 1940 beneficiava apenas 20% dos prédios urbanos, não sendo suficiente para atender nem mesmo o centro da capital, que deveria ter sido área de investimentos prioritários. Com isso, a população residente tinha que permanecer em suas casas e utilizar os velhos candeeiros e lampiões a querosene. Além de contar com serviço de energia elétrica precária, era também bastante irregular o sistema de canalização de água e a capital não possuía rede de esgoto.

É perceptível que as condições básicas de conservação de Teresina eram criticadas de forma enfática pela imprensa. Apesar de os poderes públicos não serem interpelados diretamente sobre essa situação, pelo menos nesse caso específico, isso acaba sendo realizado de forma implícita, uma vez que os governantes locais eram os responsáveis pela administração de ações básicas como a limpeza das vias públicas e a conservação do calçamento das vias de tráfego da cidade. Fatos como esse, veiculados nos jornais piauienses, evidenciam a crítica à imagem de progresso pleno veiculada nas propagandas políticas produzidas, sobretudo, durante o governo Leônidas Mello.

3.2 A MORTALIDADE INFANTIL E A DISCUSSÃO MÉDICA

Os médicos no Piauí defendiam que os brasileiros somente tinham valor real para o país à medida que tivessem capacidade física de trabalho, conforme o pensamento vigente

²⁰⁴ SALUSTO. A cidade *black-out*... **O Piauí**, Teresina, ano LVIII, n. 199, p. 3, 11 de mar. de 1947.

durante o Estado Novo.²⁰⁵ Desde o século XIX, como categoria profissional que foi se tornando cada vez mais expressiva na sociedade, os médicos se apresentaram como agentes capazes de viabilizar a tarefa de ordenar os espaços sociais, visando transformar a cidade em um espaço civilizado e saneado.²⁰⁶ Também foram definidos outros encargos políticos que caberiam a eles, na construção do Estado, como assegurar a saúde e o vigor dos corpos, bem como a longevidade dos indivíduos, além de incrementar o aumento populacional.

Cabia aos médicos orientar as pessoas na aplicação de medidas que tinham por finalidade prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde. O chamado valor de produção era dependente das condições do organismo em estado de doença ou de saúde, considerando-se que era com esse e sobre este patrimônio que se deveria alicerçar e construir a grandeza da pátria.²⁰⁷ O indivíduo sadio passava, assim, a ser a garantia da espécie, da raça e da nacionalidade, já que o valor da nação dependia da higidez de seus filhos, constituindo o seu patrimônio. O relato do médico piauiense Vitorino da Assunção ilustra o posicionamento assumido por muitos de seus colegas de profissão:

O trabalho, o repouso, a nutrição, o sono, etc., enfim, todas as atividades e inatividades da vida não se devem afastar dos ditames da higiene. O homem, a sociedade, o povo, enfrenta-se, então, com os complexos problemas do saneamento de si mesmo e do meio em que vive. À higiene cumpre resolvê-los. E não deve ser outro o objetivo dos múltiplos serviços de saúde pública. O povo que não cuidar da saúde de seus filhos é um povo condenado a desaparecer pela degradação ou assimilado pelo mais forte e consciente. E agora que se vive a cogitar de renovação, nada mais oportuno do que revolucionar a educação sanitária e geral, considerando a higiene da infância como o eixo das organizações sanitárias da nação. Que a geração que fez a Revolução pelas armas assegure a paz e a grandeza do futuro.²⁰⁸

Embora o despovoamento não se constituísse em um problema central, a percepção da precariedade das condições de higiene da população causava preocupação e representava uma ameaça para a execução do projeto de desenvolvimento do país.²⁰⁹ Decorria daí o dever inerente ao Estado de amparar a saúde do indivíduo, preservando-a dos malefícios, em todas as atividades e fases da vida, mas, sobretudo, na infância. Desde as primeiras décadas do século XX, passou a ter maior aceitação a ideia de que as doenças não eram atributos inevitáveis da

²⁰⁵ SOCIEDADE Piauiense de Medicina e Cirurgia. **Diário Oficial**, ano VIII, n. 145, p. 13, 2 de jul. de 1938.

²⁰⁶ MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da Colônia: limites e espaços da cura**. 2. ed. Recife: UFPE, 2011.

²⁰⁷ ASSUNÇÃO, Vitorino de. Habitação popular em Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 6, p. 3-9, 1943.

²⁰⁸ Id. A mortalidade infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 10-21, 1939.

²⁰⁹ FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

natureza infantil, mas obstáculos a serem vencidos, para que os governos pudessem pautar a agenda pública. Nesse contexto, as taxas altas de mortalidade passaram a ser consideradas inaceitáveis e também incompatíveis com os anseios de progresso.

Na mesma medida em que a criança viva foi ganhando valor, sua morte tornou-se cada vez mais grave. Em última instância, esse acontecimento passou a ser a negação de toda a promessa de progresso que os médicos depositaram na infância.²¹⁰ Segundo eles, o óbito infantil não deveria ser justificado como a vontade de Deus, como muitas mães pobres faziam para terem conforto na dor da perda, mas decorrência do descuido com a saúde. O declínio das concepções religiosas para a morte, bem como a emergência do pensamento higienista, mas, sobretudo, a valorização da importância da criança para a família e o país, configuraram um cenário em que a morte infantil passou a ser cada vez mais analisada como uma incapacidade de realização do rito de iniciação à vida adulta.²¹¹

Nos anos 1930, a pediatria era a especialidade da medicina que cuidava da criança sadia ou doente, no sentido de promover ou restituir a saúde, o que permitiria a sua reabilitação, propiciando-lhe atingir a maturidade com ótima constituição física e formação psicológica.²¹² Esse processo que levou à emergência e singularização da nova área médica, pode ser entendido como tributário das novas relações com a saúde e a doença, bem como das novas concepções técnico-científicas acerca dos cuidados com a infância.

Ocorria que a pediatria passava a ser representada como campo científico capaz de viabilizar a transformação da condição de doença para a promoção da vida, por meio da ação curativa. Além disso, os médicos também seriam os responsáveis pela conservação da saúde, mediante os ensinamentos da puericultura para as mães. Existia, assim, uma ampliação da possibilidade de resolutividade dos problemas de saúde da infância, decorrendo disso a esperada diminuição da mortalidade, uma das perspectivas e promessas dos pediatras.

²¹⁰ VAILATI, Luiz Lima. A mortalidade infantil e a institucionalização da medicina no Brasil. In: MOTA, André; SCHRAIBER, Lília Blima (Orgs.). **Infância & saúde: perspectivas históricas**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2009. p. 171-193.

²¹¹ Foi, sobretudo, no culto à criança morta que a representação de pureza e de inocência se manifestou de forma mais clara no período colonial. O falecimento, muitas vezes, ocorria sem ser um grande motivo de lamentação, uma vez que era vivenciada como circunstância frequente, para a qual a família deveria estar preparada. Predominava a crença de que a felicidade futura do anjo seria certa porque ainda não possuía pecado e iria diretamente para o céu. O funeral de uma criança era, de certa forma, uma celebração que anunciava em sociedade, a assunção de mais um anjo, passando a proteger a família. Isso representava a ausência de valorização da vida biológica da criança, que foi recalcada em favor da vida sobrenatural. COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

²¹² PEREIRA, Júnia Sales. **História, ciência e infância: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade**. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

O médico Arthur Moncorvo Filho, um pioneiro na área da higiene infantil, foi o líder do movimento de combate aos altos índices de mortalidade entre as crianças no Brasil. A precariedade nas condições de higiene e de saúde da população causavam preocupação, mas, sobretudo, as taxas altas de mortalidade infantil. Foi a partir dos oitocentos que o envolvimento dos médicos com a questão tornou-se mais notável, especialmente na França e na Inglaterra, mudando paulatinamente o tom de seus discursos ao realçar os efeitos políticos. Os médicos contribuíram ativamente para essa reação ao fornecer estatísticas oficiais ou pessoais, lançando o alerta sobre os óbitos infantis, um problema que atingia crianças de todos os setores sociais, sendo mais grave nos mais pobres.²¹³ No Brasil, os vários problemas apontados por Moncorvo Filho na virada do século XIX para o XX, aparentemente se mantiveram inalterados até a década de 1920 e só iriam receber resposta mais efetiva a partir da responsabilização estatal, ocorrida entre os anos 1930 e 1945.²¹⁴

No Piauí, Vitorino de Assunção afirmou que, no começo dos anos 1930, o sacrifício da vida infantil era alarmante.²¹⁵ Segundo ele, no país, onde a higiene infantil não tinha sido até então encarada como problema vital da nacionalidade, calculava-se em duzentos mil o número de crianças que sucumbiam em tenra idade. De acordo com os dados que evidenciavam uma tendência, o problema era um flagelo nacional, começando a partir do quadro calamitoso dos nascidos mortos e ganhando dimensão mais grave com a excessiva mortalidade que predominava no primeiro ano de idade, decrescendo progressivamente até o sexto ano de vida.

Segundo o médico, as estatísticas brasileiras informavam que, entre mil nascidos vivos, morriam 25% no primeiro ano de vida e, entre estes, o grau maior de óbitos ocorria no primeiro mês. Afirmando o ideário em vigor, o médico piauiense declarava que, na defesa sanitária da infância, a mortalidade era a questão mais grave a ser enfrentada, sendo que suas altas taxas também se reproduziam no Piauí. De acordo com a tabela a seguir, produzida com dados da Diretoria Geral de Estatística Estadual, pode ser verificada a condição de gravidade do problema em Teresina:

²¹³ MARTINS, Ana Paula Vosne. Dos pais pobres ao pai dos pobres: cartas de pais e mães ao presidente Vargas e a política familiar do Estado Novo. **Diálogos**, DHI/PPH/UEM, v. 12, n. 2/ n. 3, p. 209-235, 2008.

²¹⁴ FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, mães e médicos**: discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

²¹⁵ ASSUNÇÃO, Vitorino de. A mortalidade infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 10-21, 1939.

TABELA 8 - ÓBITOS INFANTIS E ASSISTÊNCIA MÉDICA

Anos	Total de óbitos	Óbitos com assistência médica	Óbitos sem assistência médica
1932	460	184	276
1933	711	220	491
1934	677	234	443
1935	873	165	718
1936	742	136	606
1937	681	144	537
1938	684	214	470

FONTE: Revista da Associação Piauiense de Medicina.²¹⁶

Na tabela é possível identificar que, durante o ano de 1932, por exemplo, dos 460 óbitos, 137 deles foram de crianças de 0 a 1 ano e destes, apenas 37 tiveram assistência médica. Considerando-se o número total de mortes, além das 137 crianças atingidas no primeiro ano de vida, também estavam incluídas 23 crianças de um a cinco anos, 4 entre cinco e dez anos e, com idade superior, foram 296, número que contabilizava também os adultos. A estatística vital não poderia ser realizada apenas com o número de óbitos, que era deficiente porque não informava convenientemente as suas causas, pois de um total de 460 mortes infantis, apenas 184 tiveram assistência médica. As tendências verificadas nos números do ano de 1932 foram observadas de maneira similar no período entre 1933 e 1938. Mantiveram-se os elevados índices de mortalidade associados à falta de assistência médica, servindo para justificar a preocupação dos médicos com a preservação da vida infantil.

É preciso considerar que o número de nascidos vivos não correspondia à realidade, já que a maioria das crianças não era registrada pelos pais, como também não nasciam em instituições de saúde, mas nos próprios domicílios, o que dificultava a oficialização. Situação parecida acontecia com os dados sobre a mortalidade infantil, já que grande parte das crianças falecia sem assistência médica e era sepultada nos próprios quintais e terreiros dos domicílios, bem como em cemitérios informais, sem documentação dos óbitos. Ainda assim, o órgão piauiense divulgou os números que conseguiu coletar, o que permite afirmar que o problema não era a taxa de natalidade, mas os altos índices de mortalidade infantil. Se a situação de coleta de dados em Teresina era deficiente, nos municípios interioranos a situação era bem mais precária, não permitindo, sequer, a organização de números superficiais. Dessa forma, as informações contemplavam apenas a capital, que era referência para o diagnóstico sobre a mortalidade infantil em todo o Piauí. De acordo com a tabela a seguir, é possível verificar que,

²¹⁶ ASSUNÇÃO, Vitorino de. A mortalidade Infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 10-21, 1939.

entre 1931 e 1937, os números referentes às taxas de natalidade e de mortalidade em Teresina eram quase equivalentes:

TABELA 9 - RELAÇÃO ENTRE A NATALIDADE E A MORTALIDADE INFANTIL

Anos	Natalidade	Nascidos mortos	Óbitos de 0 a 1 ano	Total de mortes
1931	258	2	154	156
1932	168	12	137	149
1933	178	4	158	162
1934	174	1	170	171
1935	277	1	292	293
1936	287	3	222	225
1937	271	8	207	215
1938	426	5	202	207
1939	1.729	10	228	238
1940	1.263	3	179	182

FONTE: Revista da Associação Piauiense de Medicina.²¹⁷

Somente a partir de 1938 os índices começaram a apresentar uma diferença, que parecia ser condizente com as observações realizadas pelos médicos na realização dos serviços de atendimento à saúde da população. Para essa mudança, certamente contribuiu a tendência de maior valorização da saúde da criança a partir da responsabilização pública e da atuação filantrópica, fato que passou a ser verificado, principalmente, a partir do Estado Novo.²¹⁸ Os gestores públicos passaram, enfim, a entender que a primeira decisão para o planejamento de ações direcionadas ao enfrentamento do problema da mortalidade infantil seria melhorar a coleta dos dados. A partir disso, poderia ser realizada a contabilização dos números de óbitos em comparação com as taxas de natalidade, além da possibilidade de se conhecer melhor as faixas etárias mais atingidas e as principais causas do problema.

Com o objetivo de melhorar os serviços gerais de estatística por meio da centralização da estrutura administrativa, característica estadonovista, foi tomada a decisão de fundar o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1938. A função da repartição pública era de prestar orientação e coordenação na gestão dos dados estaduais coletados, mediante a ação das agências de estatística dos municípios. No Piauí, o órgão responsável passou a ser denominado de Departamento Estadual de Estatística, que passou por uma reformulação no seu

²¹⁷ ASSUNÇÃO, Vitorino de. A mortalidade Infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 10-21, 1939.

²¹⁸ A mortalidade infantil estava decrescendo nos países considerados civilizados, que consideravam este um dos maiores problemas de saúde. Em 1930, medindo a proporção de crianças mortas antes de atingirem a idade de um ano, as taxas não eram, em parte alguma, inferiores a 3,5%, mas ainda ultrapassavam os 10% nos países mediterrânicos, na Europa Central e no Japão. Ibid.

funcionamento, visando a uma maior eficiência, de acordo com as novas diretrizes determinadas pelo IBGE para todo o país.²¹⁹ O órgão estadual passou a contabilizar a mortalidade na capital a partir do serviço médico legal da polícia e, no interior, por meio dos estabelecimentos públicos de atendimento à saúde.

Nos municípios onde as instituições que realizariam a coleta de dados não existiam, a função foi executada pelos oficiais do registro civil. Apesar de todos os esforços, os resultados apresentados ainda eram imprecisos, pois somente poderia ser avaliada a marcha da mortalidade infantil em relação ao número dos nascimentos ocorridos em igual período de tempo, contudo, o registro civil somente era realizado em cerca de 40% dos casos.²²⁰ Parte da carência de registro civil dos brasileiros decorria das condições de vida da população rural, quase sempre distante dos centros urbanos onde o registro era feito.²²¹ Contudo, para obter uma carteira de trabalho ou qualquer outro documento, bem como para matricular os filhos na escola pública ou ter acesso a serviços de saúde, o registro era obrigatório. Assim, a obtenção da certidão de nascimento era o início do difícil processo para o acesso aos direitos.

Com a criação do IBGE, o governo federal esperava que o serviço de estatística relativo aos dados de nascimentos e óbitos, ocorridos nas unidades federativas, passasse a ser realizado com maior regularidade, atuando, inclusive, como estímulo para que mães e pais registrassem seus filhos. Apesar da melhoria da condição, até mesmo na capital do Piauí, no final da década de 1930, as mudanças no serviço de bio-estatística não atingiram o efeito esperado, resultado das condições locais de restrição de financiamento e deficiência de pessoal técnico especializado, mas, certamente, também do interesse político, expressando a autonomia do governo local, diante das tentativas de fortalecimento do poder federal no Estado.²²²

A capital do Piauí possuía clima quente e úmido com pequenas variações nas duas estações, seca e inverno. A primeira, entre junho a novembro, era sujeita a variações. A temperatura mínima era de 22 graus e a máxima estava em torno de 36,5 graus. Nos meses chuvosos, a precipitação era de janeiro a abril com temperatura variando de 24,5 graus a 19,5 graus. Nos meses de janeiro, fevereiro e março ocorriam chuvas intensas e ventos frios, seguidos de maior umidade e diminuição na temperatura, situação atípica para o organismo das

²¹⁹ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 206, de 21 de setembro de 1939. Fornece nova denominação para o Departamento de Estatística do Estado. **Decretos do Piauí de 1939**, Teresina, Imprensa Oficial, 1939.

²²⁰ ASSUNÇÃO, Vitorino de. A mortalidade Infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 10-21, 1939.

²²¹ CARDOSO, Adalberto. Uma utopia brasileira: Vargas e a construção do Estado de bem-estar numa sociedade estruturalmente desigual. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 775-819, 2010.

²²² CODATO, Adriano. Estado Novo no Brasil: um estudo da dinâmica das elites políticas regionais em contexto autoritário. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 305-330, 2015.

crianças piauienses. Durante os meses de setembro, outubro e novembro também era verificado um aumento considerável nas taxas de mortalidade infantil a partir dos quadros de desidratação, desnutrição e gastroenterite, que se tornavam mais frequentes e agudos. A explicação para isso era a predominância de altas temperaturas, suspensão das chuvas e pouca umidade, fazendo parte do período de seca anual. Essas alterações climáticas afligiam os médicos preocupados com a maior incidência e a gravidade das doenças nas crianças, importante causa de óbitos. É possível observar a relação existente entre a elevação das taxas de mortalidade infantil em Teresina e as alterações climáticas na tabela a seguir:

TABELA 10 - MORTALIDADE MENSAL DE ZERO A UM ANO DE IDADE

Meses	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	Total
Janeiro	7	24	8	39	15	30	17	160
Fevereiro	9	23	9	42	39	15	20	157
Março	10	18	6	28	32	17	20	131
Abril	15	8	4	18	17	21	17	100
Mai	6	7	13	18	10	18	17	89
Junho	6	11	10	21	8	11	12	79
Julho	3	9	16	21	8	12	17	86
Agosto	8	13	18	22	13	13	20	107
Setembro	13	11	18	24	10	23	10	109
Outubro	27	12	28	18	12	23	14	134
Novembro	22	13	20	21	9	17	16	118
Dezembro	11	5	28	20	9	7	20	100

FONTE: Revista da Associação Piauiense de Medicina.²²³

A discussão da relevância do problema da mortalidade infantil ganhou maior dimensão no Piauí a partir da década de 1930, especialmente, a partir dos seus últimos anos. De acordo com os boletins anuais de demografia sanitária, considerando as crianças com causas de mortes definidas, a maioria ocorria em virtude da diarreia e da gastroenterite, mas também colaboravam para as altas taxas de óbitos, moléstias como meningite, doenças do aparelho respiratório e infecção do cordão umbilical.²²⁴ O médico piauiense Gerardo Vasconcelos demonstrava estar preocupado com o problema, identificando as outras causas que serviam para explicar a mortalidade infantil na capital durante os anos 1940:

É lamentável que entre nós a mortalidade infantil seja de elevado índice. E a mais inexorável causa disto sejam as perturbações digestivas e alimentares. Muitas vezes, dificuldades materiais dos pais, na aquisição de alimento e quase sempre por desvios alimentares e ignorância dos mais elementares princípios de higiene e dietética, os próprios pais são involuntariamente a causa da morte dos filhos. E se não morrem eles das perturbações digestivas resultantes dos desvios de alimentação, são vítimas das

²²³ ASSUNÇÃO, Vitorino de. A mortalidade Infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 10-21, 1939.

²²⁴ Ibid.

infecções que sobreveem ao definhamento físico e esgotamento das defesas organizadas.²²⁵

Desde o início do século XX, as doenças da infância passaram a ser vistas, não mais como inevitáveis causas da natureza infantil.²²⁶ Para esse médico, assim como para outros profissionais que atuavam no Piauí, o principal motivo do problema era a educação sanitária das mães, que tinham a responsabilidade de cuidar dos seus filhos e, para procurar solucioná-lo, seria preciso difundir o esclarecimento e o cumprimento das noções de puericultura, sobretudo, entre a população pobre. Esse posicionamento também era partilhado por muitos médicos brasileiros, para os quais a ignorância eximia as mães da punição legal e, eventualmente, da própria culpa, mas não da correção.²²⁷ Era corrente a ideia de que elas erravam por ignorância, mas que desejavam para os filhos aquilo que a puericultura atestava como correto, só que não sabiam o quê e nem como fazer.

A autoridade médico-profissional proporcionava poder e afirmação social, apresentando pediatras e puericultores como conselheiros e responsáveis exclusivos pela saúde infantil na mediação da relação entre a criança e a mãe. Tornou-se, assim, comum a veiculação da representação que promovia esses especialistas à condição de sujeitos de ciência, o que autorizava a sua supervisão, particularmente, sobre a mãe, nos cuidados que deveria ter com a criança. Os médicos apropriavam-se das ideias de saúde, família, casamento, feminilidade, infância e maternidade, determinando como deveriam ser vistas, ditas e significadas.²²⁸ Dessa forma, se pode entender que eles desenvolviam uma prática escriturística, pois acreditavam ter legitimidade e capacidade para uma recriação da maternidade, por disporem da autoridade de quem tem direito à fala e à escrita, uma vez que dominavam o único conhecimento considerado como verdadeiro, por ser construído a partir das referências racionais e científicas.²²⁹

A culpa que era colocada pelo médico sobre a mãe, por não amamentar ou delegar o cuidado da criança a outras pessoas, entre outras práticas, acabou contribuindo para colocar o

²²⁵ SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIII, n. 127, p. 3, 12 de out. de 1943.

²²⁶ PEREIRA, Júnia Sales. **História, ciência e infância**: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argvmentvm, 2008.

²²⁷ MARTINS, Ana Paula Vosne. “Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 135-154, jan./mar. 2008.

²²⁸ Na enunciação e representação naturalizada da divisão social dos papéis femininos e masculinos, a mulher deveria exercer a maternidade. Nesse sentido, é que pode ser evocada a violência simbólica, pois a visão dominante da divisão sexual exprime-se nos valores, objetos técnicos e práticas de forma natural, a ponto de ser inevitável, estando presente, em estado objetivado, no mundo social e também, em estado incorporado. Portanto, não se pode pensar adequadamente essa forma particular de dominação simplesmente sob a forma do constrangimento, e do consentimento, da coerção e da adesão. BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. **Educação e Realidade**, São Paulo, v. 20, p. 133-184, jul./dez. 1995.

²²⁹ CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: 1. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes. 2005.

médico em posição de ser o único profissional que poderia impedir a morte infantil. Segundo eles, as mães deveriam considerar inadequados quaisquer outros conselhos, mesmo de parentes e vizinhas, práticas que compunham uma sociabilidade tradicional, pois somente os conhecimentos racionais seriam capazes de orientá-las.²³⁰ Sendo consideradas as responsáveis diretas pelas crianças, as mulheres sofreram um processo de culpabilização pelas doenças e mortes dos filhos, pois de acordo com os médicos, algumas eram teimosas e ignorantes, estando apegadas às práticas da medicina popular.²³¹ Portanto, a partir da supremacia da razão, os médicos tinham a pretensão de guiar a conduta que eles consideravam correta para a criação das crianças, substituindo os costumes tradicionais.

Os médicos tiveram seu papel consolidado através da enunciação da condenação do exercício tradicional da maternidade, redefinindo-a em novas bases na sua finalidade de induzir a gerar crianças sadias ou belas, preservar, conservar e restaurar a sua normalidade e saúde.²³² A puericultura era defendida pelos médicos que se dirigiam às mães de crianças de todas as camadas sociais, mas colocava-se como mais necessária àquelas que nasciam em meio social desfavorável, por causa dos inúmeros riscos para a saúde. Segundo Vitorino de Assunção “[...] para conservar o *mens sana in corpore sano*, a saúde física e psíquica, é preciso nascer sadio, desenvolver-se e viver em conformidade com os seus preceitos. Todas as atividades e inatividades da vida não se devem afastar dos ditames da higiene.”²³³ Os procedimentos adequados, trariam resultados positivos diante do enfrentamento dos óbitos porque atuariam na modificação dos hábitos considerados equivocados.

Os profissionais médicos brasileiros orientavam as mães para que se tornassem criadoras das riquezas nacionais, a fim de não comprometerem o fortalecimento da raça. Entretanto, a precariedade das condições de saúde da população era motivo de preocupação e tornava-se um problema que ameaçava o futuro, ao atingir, de forma preocupante, as crianças.²³⁴ A maternidade passou a ser alvo preferencial das campanhas voltadas para o saneamento do país, que estaria doente. Considerava-se que ser mãe era um saber e uma prática, mas não se restringia ao âmbito doméstico, alcançando também o espaço público, sendo, portanto, assunto de interesse político. Apesar de estar no centro dos debates já na década de

²³⁰ COLUCCI, Sandra Regina. **Mães, médicos e charlatães**. São Paulo: Scortecci, 2008.

²³¹ MARTINS, Ana Paula Vosne. Dos pais pobres ao pai dos pobres: cartas de pais e mães ao presidente Vargas e a política familiar do Estado Novo. **Diálogos**, DHI/PPH/UEM, v. 12, n. 2/ n. 3, p. 209-235, 2008.

²³² ROCHA, José Martinho da. **Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil (1500-1882)**. Rio de Janeiro: [s. n.], 1947.

²³³ ASSUNÇÃO, Vitorino de. Habitação popular em Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 6, p. 3-9, 1943.

²³⁴ FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

1920, o problema da infância continuou suscitando discussões que visavam à implementação de ações no período varguista, especialmente durante o Estado Novo, como será analisado nos próximos capítulos. Essa perspectiva também foi verificada em vários países europeus, onde o binômio mãe-filho era objeto de preocupação dos governos, intelectuais e médicos.²³⁵

Segundo o médico Cândido Silva, a mortalidade infantil no Piauí ocorria no período pré-natal, no decorrer do parto e depois dele, sendo que a causa era, sobretudo, a inobservância das noções de higiene.²³⁶ Já o pediatra Noronha Almeida, influenciado pelas ideias eugênicas, defendia que a proteção da vida e da saúde das crianças deveria ser iniciada ainda mais cedo, com a escolha de mulheres e homens saudáveis, que deveriam ser incentivados a reproduzir entre si, com a finalidade de gerar uma raça de brasileiros fortes.²³⁷ Ele afirmou, ainda, que já se discutia no Brasil a regulamentação do casamento, a esterilização, a educação higiênica e o exame pré-nupcial, assim como se propagavam, de forma crescente, os princípios da eugenia, que ganhava cada vez mais defensores no Piauí. A proteção da criança, dessa forma, deveria começar no período anterior à concepção, com a eugenia orientando as condutas médicas.

Vitorino de Assunção também analisou o problema do casamento eugênico com o objetivo de gerar crianças saudáveis, questão que parecia afligir muitos profissionais piauienses, segundo ele “[...] um indivíduo de consciência sanitária não ousará se casar quando portador de doença capaz de transmitir-se à sua descendência; trata-se ou se conforma.”²³⁸ Dessa forma, ganhava dimensão entre os médicos a ideia de que a saúde dos filhos estava condicionada à condição saudável dos pais, por isso, eram condenadas as uniões consanguíneas, casamentos com grande diferença de idade e também de indivíduos com moléstias hereditárias, sob pena de gerar filhos fracos e doentes.²³⁹ Ocorria que, no novo modelo familiar, o corpo e a moral sobrepujassem-se às linhagens, já que a sociedade e o Estado passavam, gradativamente, a contar mais que as famílias.

²³⁵ A proteção da saúde, a subsistência das mães e das crianças, bem como a defesa da educação feminina, eram identificadas como tendências entre o final do século XIX e meados do século XX. As justificativas apresentadas para o exercício científico da maternidade eram diversas, como no Brasil, podendo ser patrióticas, sanitárias ou demográficas. A finalidade apontava para o mesmo sentido, que era a ideia de defesa da criança como investimento no futuro do país. BOCK, Gisela. Antinatalismo, maternidad y paternidad em el racismo nacionalsocialista. In: BOCK, Gisela; THANE, Pet. (Eds.). **Maternidad y políticas de género: la mujer em los estados de bienestar europeos, 1880-1950**. Madrid: Cátedra, 1996. p. 401-437.

²³⁶ SILVA, Cândido. Centro de Saúde de Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 22-50, 1939.

²³⁷ ALMEIDA, Noronha. Proteção à infância. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 6, p. 3-9, 1943.

²³⁸ ASSUNÇÃO, Vitorino de. A mortalidade Infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 10-21, 1939.

²³⁹ COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

Desde as primeiras décadas do século XX, a identificação ou mesmo a confusão com o saneamento associou-se à condição sanitária do país, segundo a lógica de que sanear é eugénizar.²⁴⁰ Não necessariamente, as ideias que responsabilizavam a raça ou a saúde se opunham, podendo, mesclar-se. Embora higiene e eugenia fossem distintas, apareciam conjugadas, ou seja, para higienizar o país era necessária uma série de medidas, entre as quais as eugênicas.²⁴¹ Nesse sentido, o saneamento, a eugenia e a higiene estavam bastante próximas e coexistiram, a partir do projeto para o progresso do país. Isso devia ocorrer principalmente pela cura de sua população pobre, inclusive das crianças, através da intervenção dos médicos e a parceria do Estado. Com o avanço do processo de medicalização social, os médicos e outros intelectuais ultrapassaram a interpretação eugênica dos problemas sociais para uma interpretação sanitária e/ou higiênica.²⁴²

Além da questão da concepção, o período da gestação também se tratava de uma fase na qual eram verificados muitos problemas que poderiam incidir sobre a saúde e a vida infantil. Variadas consequências provocadas por enfermidades, como a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo, adquiridas no contato com a mãe e os familiares, no meio ambiente anti-higiênico, contribuíam para debilitar o organismo frágil da criança ainda no período do seu desenvolvimento no útero.²⁴³ Isso ocorria em virtude da ignorância dos pais, que, muitas vezes, desconheciam as consequências do comprometimento da saúde dos seus filhos no período da gravidez, segundo o que diziam os médicos. Esse fato era agravado pela falta de acompanhamento durante o período pré-natal, provocando inúmeros casos de abortos, partos de natimortos e de crianças que nasciam com deficiências físicas e mentais, o que causava comprometimento do seu desenvolvimento adequado, resultando em danos que poderiam acompanhar os pequenos até a idade adulta.

A alimentação infantil incorreta, verificada, sobretudo, nos setores pobres, também adquiria importante dimensão como responsabilidade das mães. O médico Rocha Furtado afirmou: “Não há medico que não saiba que entre os grandes males de que resulta a espantosa,

²⁴⁰ STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 331-392.

²⁴¹ MACIEL, Maria Eunice de S. A eugenia no Brasil. **Anos 90**, Porto Alegre, n. 11, p. 121-143, 1999.

²⁴² A medicalização ocorria com a intervenção política da medicina no corpo social por meio do estabelecimento da prescrição e proscricção de condutas, o que tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos. Foi com o nascimento da medicina moderna e da higiene, que ocorreu o início do processo de intervenção médica na intimidade das pessoas, fazendo com que os profissionais se tornassem especialistas a quem todos deveriam recorrer em busca de soluções para seus males. FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996. p. 79-98.

²⁴³ ASSUNÇÃO, Vitorino de. A mortalidade infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 10-21, 1939.

impressionante e lamentável cifra da mortalidade infantil estão os erros da alimentação.”²⁴⁴ Cândido Silva também admitiu que, apesar de múltiplas, as causas da mortalidade estavam sempre ligadas, direta ou indiretamente, aos problemas alimentares, constatação que já era verificada desde as primeiras décadas do século XX.²⁴⁵ Disso resultava não somente a morte por perturbação aguda e grave, mas também as deficiências orgânicas, estabelecendo condições propícias para o desenvolvimento de doenças crônicas, que não provocavam a morte, mas prejudicavam a disposição e até mesmo o desenvolvimento infantil.

A amamentação oferecida pelas mães era incentivada por meio dos conselhos dos médicos, que contavam com o auxílio das enfermeiras. Segundo eles, a alimentação natural assumia papel de grande relevância para a preservação da saúde e o desenvolvimento correto das crianças, colaborando de forma decisiva para o aumento das defesas diante das doenças no primeiro ano de vida, período de maior vulnerabilidade.²⁴⁶ Tal forma de pensar sobre a importância das instruções médicas para a dietética infantil, era partilhada por muitos médicos piauienses. Sobre isso, Vitorino de Assunção afirmou:

Está claro que a mortalidade de crianças em Teresina, não foge à regra geral, sendo, em todo o Brasil, considerável. Observa-se que entre as causas de morte, no primeiro ano de vida, figuram em primeira linha as diarreias e as enterites. Não obstante a prática usual de amamentação em seio materno, nas classes pobres, é freqüente o uso intempestivo, de permeio, de mingaus de farinha seca. É o pauperismo aliado à ignorância dos progenitores.²⁴⁷

No Piauí, entre os setores sociais empobrecidos, havia um costume bastante difundido de alimentar as crianças, desde a mais tenra idade, quase sempre a partir de um mês, com mingaus e papas preparados a partir de diversos tipos de farinha de mandioca misturados ao leite ou apenas à água, sendo oferecidos à criança com o dedo. O médico referiu-se à farinha seca, mas também eram utilizadas a farinha de puba e a farinha de goma como substitutos ou complementos da amamentação. Isso ocorria devido à utilização habitual desses alimentos na dieta dos adultos, baixo custo de aquisição, facilidade de preparo e satisfação imediata da fome. Tratava-se de um recurso utilizado pelas mães que precisavam trabalhar fora de seus domicílios ou executar atividades domésticas, obtendo mais independência e energia, prejudicados pela amamentação, mas que representava perigo à saúde infantil.

²⁴⁴ APRENDA a defender seu filho. **Diário Oficial**, Teresina, ano VIII, n. 22, p. 9, 29 de jan. de 1938.

²⁴⁵ SILVA, Cândido. Centro de Saúde de Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 22-50, 1939.

²⁴⁶ ASSUNÇÃO, Vitorino de. Habitação popular em Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 6, p. 3-9, 1943.

²⁴⁷ Id. A mortalidade infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 10-21, 1939.

Tal como ocorria desde o período colonial, a preocupação materna parecia ser muito mais de arredondar a criança e o critério utilizado não parecia ser de alimentá-la, mas dar-lhe de comer.²⁴⁸ As mães acabavam fazendo o mau uso da dieta com o objetivo de melhorar a saúde dos filhos, ficando satisfeitas com o aumento rápido de peso, acabavam abusando da alimentação imprópria, sendo inconscientes dos males que causava.²⁴⁹ Tratava-se de alimentos quase sem nenhum nutriente, que traziam riscos de diarreia, constipação e desnutrição. Os intestinos ainda frágeis, e os diminutos estômagos despreparados para receber alimentos grosseiros e em grande quantidade, faziam com que a gastroenterite fosse fatal, sobretudo, durante o primeiro ano.²⁵⁰

Cabia aos médicos piauienses agir no sentido de ensinar a regularidade nas horas das refeições, os alimentos mais adequados, a quantidade correta para ser oferecida e as medidas de higiene na preparação, esperando que a moderação levasse à educação das funções intestinais infantis. Eles alertavam sobre o perigo que representava a alimentação incorreta, condenando o mau uso baseado em costumes difundidos pelas avós, vizinhas e comadres. O uso intempestivo das farinhas fazia parte de uma cultura popular, considerada pelos médicos como antiga e atrasada, que deveria ser abandonada em favor das orientações científicas ministradas por eles.²⁵¹ Os mingaus não deveriam ser proibidos, mas preparados de forma científica, considerada a referência correta para a sua adequada administração. As receitas de comadres e os produtos comerciais deveriam ser abandonados, sendo que somente os pediatras poderiam prescrever produtos aprovados.

No entanto, a alimentação infantil inadequada não era apenas resultado da falta de informação das mães, pois nas classes empobrecidas a dificuldade de obter alimentos de qualidade era agravada pela condição social.²⁵² Isso ocorria porque os alimentos sem nutrientes, ou com baixo valor nutricional, eram aqueles que tinham os menores preços, sendo mais acessíveis. Além disso, convém considerar que muitas famílias viviam na miséria, dependendo da caridade. Isso fazia da fome uma realidade cotidiana, havendo dificuldades para prover o alimento em todas as refeições, sendo verificada, inclusive, a impossibilidade da alimentação diária. Diante da condição de miséria, as crianças eram as mais atingidas de forma fatal pela

²⁴⁸ DEL PRIORE, Mary. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: _____. (Org.). **História das crianças no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2009. p. 84-106.

²⁴⁹ FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

²⁵⁰ CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

²⁵¹ FREIRE, op. cit.

²⁵² ALMEIDA, Noronha. Proteção à infância. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 6, p. 3-9, 1943.

precariedade e inconstância da alimentação, ficando mais vulneráveis às enfermidades, assim, a fome matava como uma doença, uma vez que facilitava a ocorrência de várias patologias.

Outro problema que afligia muitos médicos, por também contribuir para as elevadas taxas de mortalidade infantil, eram as condições de vida da população pobre. A habitação popular de Teresina era constituída, em sua grande maioria, por casas com cobertura de palha, número reduzido de portas e janelas para a entrada de ar e luz, além de pé direito rebaixado.²⁵³ Mais de dois terços da população teresinense vivia em residências insalubres, uma demonstração da condição de penúria de seus habitantes. Exemplos desse tipo de moradia podem ser observados na imagem a seguir:

FOTOGRAFIA 03 - HABITAÇÕES DA POPULAÇÃO POBRE TERESINENSE



FONTE: Revista da Associação Piauiense de Medicina.²⁵⁴

Existiam palhoças com um só compartimento e paredes de palha, até os tipos de morada inteira, com paredes de adobe.²⁵⁵ As moradias habituais da população pobre eram

²⁵³ ASSUNÇÃO, Vitorino de. Habitação popular em Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 6, p. 3-9, 1943.

²⁵⁴ Ibid.

²⁵⁵ Palhoça, mocambo e choupana eram as denominações usadas por médicos e políticos quando se referiam às moradias da população pobre piauiense. A taipa de mão, taipa de sopapo ou pau-a-pique, principal técnica de construção utilizada, remonta ao período colonial, assumindo características próprias conforme a região do Brasil. No Piauí, era chamada simplesmente de taipa, sendo amplamente utilizada na maior parte das habitações. Consistia no erguimento de uma estrutura obtida a partir do entrelaçamento das hastes de palmeiras. Depois de amarradas entre si, com a utilização de fibras vegetais, davam origem a um grande painel perfurado. O passo seguinte era misturar a argila com a água que, após ser amassada com os pés para a homogeneização, recebiam a adição de palha e/ou cascalho. A massa resultante era usada para preencher os espaços da trama com o auxílio das mãos. As paredes podiam receber acabamento alisado ou não, permanecendo rústica, ou ainda passar por pintura de caiçã, não somente por questão estética e de baixo custo, mas porque era prescrito como um cuidado de higiene para evitar o aparecimento e o alastramento de doenças infecciosas. Depois, o teto das casas era coberto com as

compostas de um ou dois cômodos escuros, quentes e abafados, que abrigavam famílias extensas, fazendo com que vivessem amontoadas, o que contribuía, portanto, para a disseminação das endemias e epidemias. Os subúrbios não dispunham de saneamento básico e água canalizada. O lixo era depositado no fundo do quintal ou atirado nas vias públicas, já que o serviço de limpeza não era disponibilizado naquelas áreas da capital. De acordo com dados coletados em 1940 pelo Departamento Estadual de Estatística, apenas 25,4% das casas eram cobertas por telhas e 42,6 % do total geral não possuíam cozinha. A ausência de instalação de água estava presente em 74,1% das moradias, a inexistência de sentina foi observada em 76,8% delas e o piso de terra batida ou solta foi observado em 70,0 % dessas habitações.

Segundo Vitorino de Assunção, tratava-se de uma “[...] evidência deveras triste, desoladora, que contrasta, sobremodo, com a agradável impressão que a todos fornece o formoso conjunto da pequena área central da cidade, expõe a nossa ‘cidade verde’ ‘sem o manto diáfano da fantasia, na sua nudez pura da verdade.’”²⁵⁶ De fato, as condições de vida da maior parte da população expressavam a falta de investimentos dos poderes públicos na região mais pobre de Teresina, expondo limitações e deficiências que provocavam o questionamento sobre a propaganda de progresso do Piauí. Nas favelas e nos cortiços, alojavam-se, lado a lado, a miséria e as moléstias infectocontagiosas. A existência de condições insalubres fazia com que aumentassem os riscos do alastramento rápido de doenças, sobretudo, entre as crianças, parcela da população mais vulnerável.

No interior do Piauí, a condição de vida dos pobres não era diferente daquela observada na capital. Conforme o relatório do médico Miguel Jogaib, realizado a partir dos atendimentos prestados no município de Buriti dos Lopes em 1943, por toda parte da cidade, espalhados desordenadamente e sem preocupação estética, existiam casebres de taipa e palha que abrigavam a maioria dos habitantes da cidade.²⁵⁷ Em outro relatório do mesmo médico, mas, desta vez, realizado a partir de visitas em residências da cidade de Parnaíba, era fácil constatar o precário estado sanitário das mesmas. Sobre isso, foi relatado:

Com exceção de 1%, mais ou menos, as quais eram dotadas de sentinas com fossas biológicas mal construídas, fossas com bombas, caixas de descargas, todas as demais eram providas de fossas simples, absorvente, com caixão. Não eram impermeabilizadas. Parnaíba possui umas sete mil casas, sendo umas mil e quinhentas cobertas de telha, e o restante são mucambos, casas de paredes de barro bruto e

folhagens secas de palmeiras, devidamente amarradas sobre a estrutura já existente. ENGENHARIA civil. **Dicionário online de engenharia civil e construção civil.** [2016?]. Disponível em: <<http://www.engenhariacivil.com/dicionario/>>. Acesso em: 18 set. 2016.

²⁵⁶ Ibid.

²⁵⁷ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Sobre os Serviços Realizados em 1943 no Município de Buriti dos Lopes, Apresentado pelo Dr. Miguel Jogaib. **Código de Saúde de 1943.** Teresina: [s.n.], 1944.

cobertas de palha. É inconcebível que a cidade de Parnaíba, sendo a primeira do estado do Piauí, nivelando-se a capital, não possuía água encanada e nem esgotos. A água utilizada pela grande parte da população vem do rio. O trecho do rio onde essa água é colhida, é a pior possível, nessa parte do rio são lançados dejetos humanos, lixos, despejos dos mais variados, de armazéns, uzinas, navios, etc.²⁵⁸

Os dejetos e o lixo contaminavam o solo e a água cotidianamente, além disso a cidade sofria com as enchentes do rio Parnaíba, que eram grandes fontes de propagação das epidemias. Tudo isso contribuía para o agravamento das condições insalubres, repercutindo, sobretudo, na dificuldade de manter as crianças livres das doenças, várias das quais com consequências fatais. O médico afirmou, ainda, que muitas das moradias da cidade de Parnaíba não possuíam portas ou janelas, mas, apenas, esteiras de folhas de palmeiras como cortina, que separavam os moradores do exterior, revelando o estado de miséria e de promiscuidade em que vivia a população pobre. Os casebres eram habitados por famílias de prole numerosa, como era comum entre os sertanejos, que também dividiam o espaço com animais de toda espécie, em convívio direto com as crianças. Quase todos possuíam, nos seus quintais, vacas, jumentos, cabras, porcos e galinhas, que também perambulavam pelas ruas, o que contribuía ainda mais para o agravamento das condições anti-higiênicas.

Prosseguindo o seu relato, segundo Miguel Jogaib, a população pobre vivia “[...] arrastando a sua miséria orgânica num doloroso quadro que parece ir de encontro às leis naturais das couzas, causando-nos um verdadeiro pezar que tantas creanças sejam sacrificadas desta forma com graves prejuízos para o Estado e para a Pátria.”²⁵⁹ De fato, a criança sempre foi a vítima preferida das crises, tensões sociais e epidemias. As diferenças sociais acentuavam as distinções entre ricos e pobres, sendo que os últimos, sem dúvida, eram mais vulneráveis e adoentados.²⁶⁰ Para o médico, se era verdade incontestável que a escassez de meios materiais era responsável por muitas mortes de crianças “[...] não era menos que a negligência e a ignorância, correm parelha com a miséria.”²⁶¹ A defesa sanitária, com o objetivo de conter a mortalidade infantil no Piauí, era um problema complexo que implicava na solução de outros problemas correlatos, sendo que combater a miséria e popularizar a instrução, seriam as primeiras medidas. Sem isso, todos os outros esforços, como a observância da saúde dos progenitores, a atenção à condição saudável durante a gestação e a alimentação infantil correta, todas em prol da defesa da infância, teriam resultado limitado.

²⁵⁸ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Diretor Miguel Jogaib Sobre os Serviços Realizados em 1943 no Centro de Saúde de Parnaíba. **Código de Saúde de 1943**. Teresina: [s.n.], 1944.

²⁵⁹ Ibid.

²⁶⁰ DEL PRIORE, Mary. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: _____. (Org.). **História das crianças no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2009. p. 84-106.

²⁶¹ PIAUÍ. Departamento de Saúde. op. cit.

A profissionalização da medicina contribuiu não somente para aumentar a autoridade e o poder dos médicos para intervir nas questões relativas às mães e seus filhos, mas também na esfera pública da política. A criação de organizações profissionais concorreu para incrementar a importância social e a influência política do setor médico, ao promover pesquisas, publicações e congressos que chamaram a atenção para o problema da infância, serviam para defini-los como autoridades incontestes no tratamento de questões como higiene, eugenia e puericultura. Era explícita a insistência dos médicos em fazer a defesa da sociedade, da humanidade, da pátria ou de outros eufemismos para designar o Estado, pois a ciência fazia parte da política, era uma de suas estratégias específicas.

Os profissionais médicos, conscientemente, punham à disposição dos governos o que sabiam ou podiam fazer para levar os indivíduos a compactuarem com a ordem estatal. A aceitação do poder médico pela família foi essencial para que o Estado reconhecesse e fortalecesse sua autoridade. Foi essa condição de prestígio do médico que propiciou a parceria com o Estado nas questões de saúde pública fazendo, inclusive, com que tivesse papel central na discussão, formulação e execução de medidas de proteção da saúde infantil.

3.3 OS PODERES PÚBLICOS E A DEFESA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A defesa da proteção infantil passou a ter maior destaque entre os poderes públicos piauienses, a partir da mensagem de Natal do presidente Vargas, divulgada em 1939. Na ocasião ele afirmou que o problema de tamanha relevância, diretamente ligado ao progresso do Brasil e ao futuro da nacionalidade, não poderia ser relegado a segundo plano.²⁶² Nesse contexto, o Estado vinha demonstrando uma atenção crescente com o enfrentamento das questões sociais do país e, dentre elas, estava o problema da infância. Paulatinamente, os poderes públicos passaram a concordar que a solução do problema da pobreza requeria intervenção urgente para amparar mães e filhos.

A partir de 1930 o dever do Estado passou a ser proteger o indivíduo contra a fome e a miséria, garantindo-lhe o trabalho como meio de realização pessoal e promoção do desenvolvimento social. O cidadão passava a ser identificado por seu trabalho produtivo, assumindo a acepção de bom brasileiro, que trabalhava pela grandeza do Brasil, não pela posse de direitos políticos e civis, mas pela posse dos direitos sociais. Nesse sentido, um ponto central priorizado, residia, justamente, na identificação e no enfrentamento da questão social, sendo

²⁶² VARGAS, Getúlio Dornelles. **O bem-estar e a saúde das mães e das crianças**. Discurso pronunciado no Palácio Guanabara em comemoração ao Natal, em 24 de Dezembro de 1939. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos/pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2014.

que a Revolução de 1930 e o Estado Novo acabaram por considerar esse problema como relevante para a constituição de um novo país.²⁶³ O regime tinha que superar o estado de necessidade em que viviam os brasileiros, enfrentando a realidade da pobreza. O meio de superação dos problemas sociais seria assegurar uma forma digna para viver, o que significava o fortalecimento do mercado de trabalho.

O ideário de investimento na formação do cidadão trabalhador começava ainda na infância. Segundo o que era divulgado no Piauí, essa era uma das principais responsabilidades do Estado: “O dever de assistência e amparo à infância, afim de que todas as crianças venham a ser criadas e educadas em condições tais, que as tornem, um dia, elementos uteis à coletividade nacional.”²⁶⁴ Esta iniciativa deveria começar na infância, pois havia a emergência para sanear, educar e moralizar a criança, garantindo que fosse saudável e disciplinada, para que se tornasse um adulto produtivo. Com isso, ela seria transformada em cidadão útil a si e à sociedade e, pela docilidade com que obedecia às imposições do meio, seria possível aos governos prepararem gerações de mulheres e homens que conduziriam o país aos destinos que ele merecia.²⁶⁵

Cuidar da infância passou a significar uma intenção que transcendia o campo das relações familiares e da caridade, para corresponder a uma forma de garantir a paz social e o desenvolvimento. A preocupação com a mortalidade infantil, o abandono, a delinquência e a educação formal, foram alguns temas que adquiriram maior visibilidade durante o Estado Novo. Apesar do posicionamento acerca da proteção ser verificado em âmbito federal, suscitando a relevância das políticas públicas, no Piauí a questão assumiu autonomia conforme as particularidades locais, como será analisado nos próximos capítulos.

Entre todos os problemas da infância, a saúde era considerada o problema mais grave. Isso ocorria porque estava em questão a conservação da vida e também o desenvolvimento físico pleno, responsabilidade que havia adquirido dimensão pública. Foi a partir de 1930, mas, sobretudo, durante o período do Estado Novo, que, pela primeira vez no Brasil, ocorreu uma coincidência de interesses entre o governo federal e os médicos, no que se relaciona aos assuntos referentes à saúde das crianças e das mães.²⁶⁶ Esse aspecto era novo, uma vez que, durante a Primeira República, isso não era verificado.

²⁶³ GOMES, Ângela de Castro. Cultura política e histórica no Estado Novo. In: ABREU, Martha (Org.). **Cultura política e leituras do passado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 43-63.

²⁶⁴ A SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 214, p. 12, 19 de set. de 1939.

²⁶⁵ BERTUCCI, Liane Maria. Para a saúde da criança: educação do trabalhador nas teses médicas e nos jornais operários em São Paulo, início do século XX. **Revista Mundos do Trabalho**, Santa Catarina, v. 7, n. 13, p. 27-42, jan. /jun. 2015.

²⁶⁶ MARTINS, Ana Paula Vosne. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 15-34, dez. 2011.

A possibilidade da preservação da infância a partir do saber médico-científico, contando com a parceria da mãe e viabilização pelos poderes públicos, tinha como pré-requisito uma criança bem gestada e criada segundo os cuidados preconizados pela puericultura, garantindo o desenvolvimento adequado e a conservação da saúde. Passou a ser incluído nas altas responsabilidades dos poderes públicos o compromisso com a assistência à infância. Esse posicionamento era expresso não somente nas leituras dos discursos e reprodução dos mesmos por escrito, mas também na ampla divulgação de imagens dos governantes em companhia de crianças, como pode ser identificado abaixo:

FOTOGRAFIA 04 - LEÔNIDAS MELLO COM CRIANÇAS NO DIA DA ÁRVORE



FONTE: Diário Oficial.²⁶⁷

No retrato 04, Leônidas Mello é o quarto homem que aparece em pé no centro da imagem, portanto em posição de destaque, durante um evento de comemoração ao Dia da Árvore em 1940, na capital. Na sua companhia estavam várias autoridades civis e militares que compunham a equipe de governo, em uma demonstração de mobilização do Estado em prol da proteção infantil. As crianças foram retratadas no plano inferior da imagem, também possuindo destaque devido à posição de proteção em que foram colocadas em relação aos adultos, uma dimensão simbólica das intensões do poder público local. A proteção materno-infantil estava presente nas declarações dos políticos do Executivo piauiense. O interventor federal, por exemplo, defendia reiteradamente a necessidade de prestação de uma assistência ampla:

²⁶⁷ O DIA da Árvore. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 211, p. 1, 22 de set. de 1941.

Cumpra assegurar o sadio desenvolvimento das crianças, através de medidas adequadas de assistência. Uma boa alimentação, a conquista de hábitos higiênicos, a assistência á gestante, a assistência moral e espiritual á infância, a propaganda da alimentação natural, até a idade adulta, em que ela se torna necessária, a observância de regras de boa conduta, etc, etc. são medidas que têm um único objetivo: assegurar o crescimento normal das crianças, garantindo-lhes as melhores condições de vida física e espiritual. E esta é a grande obra a realizar em nosso país.²⁶⁸

Segundo Leônidas Mello, a atenção dos homens de governo havia, finalmente, considerado a infância. Essa seria a oportunidade de revelar a atenção e o interesse que o governo estadual tinha pelas crianças, no sentido de torná-las úteis ao Piauí e, por extensão, ao país. Nas representações sobre o Estado Novo, a ênfase na renovação era constante, daí também a relevância infantil, já que o regime prometia criar o homem novo, a sociedade nova e o país novo.²⁶⁹ Havia um intenso contraste entre o antes, representado de forma negativa e o depois, que prometia um futuro de desenvolvimento, sendo necessário assegurar a confiança no regime político e incutir esperança na renovação do país. O poder central também utilizava a representação de Vargas com crianças:

FOTOGRAFIA 05 - O PRESIDENTE NA SEMANA DA CRIANÇA



FONTE: Diário Oficial.²⁷⁰

²⁶⁸ A SEMANA Nacional da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 201, p. 6, 02 de set. de 1939.

²⁶⁹ CAPELATO, Maria Helena. O Estado Novo: o que trouxe de novo? In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (Orgs.). **O tempo do nacional-estatismo**: do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 107-143.

²⁷⁰ O PRESIDENTE e as crianças. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 250, p. 1, 11 de nov. de 1940.

A fotografia 05, integrava uma reportagem sobre as comemorações da Semana da Criança em Teresina, sendo veiculada de forma privilegiada na primeira página do jornal.²⁷¹ Na imagem, o chefe da nação aparece segurando um bebê que era o melhor exemplo de desenvolvimento infantil: saudável, forte e feliz. Nesse sentido, representa um indicativo da relevância que o problema da saúde da infância assumiu durante o período de 1937 a 1945. Isso se dava num contexto em que as elevadas taxas de mortalidade infantil por doenças infectocontagiosas eram apresentadas pelos médicos, que exigiam o enfrentamento urgente da questão no Piauí, como foi abordado anteriormente.

Ao deixar-se fotografar sorridente e à vontade com uma criança nos braços, o presidente reiterava que a defesa da infância tinha relevância no seu governo, pois se tratava do futuro do Brasil que ele segurava com cuidado paternal. Nesse sentido, a imagem também representa Vargas como “pai da nação”, deixando implícita a autoridade do líder sobre o povo, representando a incapacidade de escolha e fundamentando a continuidade do período autoritário no país. A acepção representava a incapacidade de decisão sobre questões políticas importantes, o que justifica tanto o golpe de 1937, quanto o vigor do regime político de exceção. A figura de Vargas como pai assumia, ainda, uma representação sentimental da política, sendo utilizada para contribuir com uma possível personalização do mando. A justificativa para isso era enaltecer o líder em sua relação direta com a população, um aspecto marcante do populismo.

Ambas as representações fotográficas de Leônidas Mello e de Getúlio Vargas, com crianças, eram recorrentes na imprensa piauiense durante o Estado Novo. É importante observar que esses são exemplos de fotografias produzidas com a intenção de divulgar como os chefes dos governos federal e estadual eram defensores da infância, imagens presentes em todo o Piauí. A utilização da representação infantil era uma forma de promover uma visão mais humana dos líderes políticos, que aparecem sem demonstrar constrangimento, impaciência ou qualquer esforço, em expressões consideradas sinceras de suas personalidades. Esse tipo de artifício visual fazia com que fossem estabelecidas relações e criadas afinidades com o público que, eventualmente, consumia imagens como essas.

O objetivo parecia ser incentivar a expressão de sentimentos de empatia e, mesmo, de amor, dos piauienses em relação a Leônidas Mello e também a Getúlio Vargas. Ocorria que um

²⁷¹ No Piauí, como parece ter ocorrido em outros estados, mais da metade das matérias publicadas eram fornecidas pela Agência Nacional, órgão da divisão de divulgação do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), que atuava junto à imprensa de todo o Brasil e também da imprensa estrangeira. Entre os serviços que realizava, estava um arquivo de fotografias, que fornecia material para a imprensa nacional, além de também estar disponível para correspondentes de todo o mundo. CAPELATO, Maria Helena. Propaganda política e controle dos meios de comunicação. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro. FGV: 1999. p. 167-178.

artigo político de doutrina, por si só, era incapaz de sensibilizar um público amplo, enquanto na imagem, o pensamento é resumido ou apenas sugerido, de maneira a não provocar nenhum esforço intelectual por parte dos receptores.²⁷² Os piauienses deveriam, enfim, reverenciar esses líderes porque, enquanto Vargas havia, supostamente, inaugurado as bases para uma evolução definitiva e contínua da nação, Leônidas Mello era identificado como o seu representante, sendo através dele que, em tese, o presidente falava e agia.

A ideia era de que o irracional tinha força persuasiva muito superior à razão, sendo capaz de atingir o universo íntimo e as emoções primitivas das pessoas. A personificação de padrões éticos de comportamento, bem como o apelo para causar empatia e despertar as emoções, foram amplamente utilizados pelos governos que buscavam a imposição de símbolos e mitos de fácil assimilação, reduzindo a individualidade e o caráter concreto das experiências. As emoções de brasileiras e brasileiros precisavam ser estimuladas, principalmente, nos últimos anos do Estado Novo, pois os representantes do poder político vinham perdendo força e passavam a sofrer com pressões e críticas de vários setores da sociedade. Entretanto, pode-se observar, também, que as fotografias devem ter provocado formas de recepção diferentes nos leitores dos jornais em que foram reproduzidas, pois ser sensível a uma foto não significa, necessariamente, ser capturado por aquilo que se vê, a ponto de aderir incondicionalmente à sua mensagem.²⁷³

A integração do apoio político da população foi um recurso bastante utilizado pelos ideólogos do Estado Novo. Um componente do pensamento vigente no período era a defesa do papel predominante, prioritário e exclusivo da intelectualidade em sua contribuição junto ao Estado.²⁷⁴ É possível identificar a partir de 1930 a relação entre os intelectuais e os governos, revelando a profunda inserção desse grupo social na organização política. O papel de tutela do Estado em relação à sociedade, a defesa da condução do Estado por uma elite política e a contribuição dos intelectuais que seriam capazes de, em parceria com o Estado, analisar a sociedade e apresentar projetos de reforma por meio de um instrumental científico, foram os aspectos apontados para a inserção do Brasil numa nova fase.

Os poderes públicos também passaram a defender, de forma categórica, a participação da iniciativa particular que, aliás, como já foi abordado no capítulo anterior, foi precursora na

²⁷² VELLOSO, Monica Pimenta. Os intelectuais e a política cultural do Estado Novo. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (Orgs.). **O tempo do nacional-estatismo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 145-179.

²⁷³ SORLIN, Pierre. Indispensáveis e enganosas: as imagens, testemunhas da história. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 13, p. 81-95, 1994.

²⁷⁴ CAPELATO, Maria Helena. **Multidões em cena**: propaganda política no varguismo e no peronismo. 2. ed. São Paulo: UNESP, 2009.

defesa da saúde de mães e crianças. No Piauí é possível identificar essa ideia, pois segundo Leônidas Mello: “A obra gigantesca que temos diante de nós não pode depender somente da atividade oficial. É preciso que a iniciativa dos governos receba o estímulo e a cooperação de todos, e especialmente das associações privadas.”²⁷⁵ Passou a ser divulgada a ideia de que, além de envolver os governos, que iriam coordenar, gerir e fiscalizar planejamentos e ações, também o setor privado deveria integrar esse projeto, que precisava contar, principalmente, com a parcela da sociedade que possuía melhores condições econômicas e preparo técnico para isso, destacando-se a relevância da adesão de mulheres da elite e médicos.

Segundo o interventor, o trabalho oficial isolado não tinha condições para alcançar o sucesso. Em virtude disso, ao lado do serviço público ou favorecido por ele, era indispensável a colaboração da sociedade. No discurso de Natal realizado por Vargas em 1939 é possível identificar essa intenção: “É preciso que em cada lar, médio ou abastado, se articulem as vontades generosas e se mobilize o espírito filantrópico do nosso povo.”²⁷⁶ O presidente afirmou que a atenção à criança pobre era uma questão nacional, assim, deveria ser realizada uma verdadeira campanha de cooperação entre o Estado e a filantropia, caso contrário o enfrentamento do problema continuaria sem solução. Isso significava que governo e povo, autoridades e sociedade, passariam a efetivar uma conjugação de esforços em prol do problema da infância, especialmente no que se referia à sua saúde.

De acordo com a análise realizada no decorrer deste capítulo, foi possível entender que os poderes públicos piauienses defendiam o ideário de proteção da saúde de mães e crianças, a partir de 1930, especialmente, de 1937 a 1945. A atitude era inovadora, uma vez que, até a Primeira República, os poderes públicos federal, estadual e municipal não haviam concedido à questão uma conotação de política de governo. Com isso, foi verificado no Piauí, que o compromisso com a proteção pública da saúde infantil, fez com que o Estado definisse as ideias de fornecimento da assistência médica, auxílio social e promoção da educação sanitária. Caberia ao governo o planejamento, a implementação, a coordenação e a fiscalização sobre todas as iniciativas públicas e privadas que viessem a ser elaboradas no âmbito da proteção de mães e crianças. Encerrava-se a concepção liberal de que a sociedade deveria ser capaz de resolver os problemas relativos à infância de forma espontânea e natural.

²⁷⁵ A SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 199, p. 4-5, 31 de agosto de 1939.

²⁷⁶ VARGAS, Getúlio Dornelles. **O bem-estar e a saúde das mães e das crianças**. Discurso pronunciado no Palácio Guanabara em comemoração ao Natal, em 24 de Dezembro de 1939. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos/pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2014.

O posicionamento do Estado diante do amparo da saúde materno-infantil estava vinculado à valorização da capacidade de trabalho dos brasileiros, um ideal na conquista de melhores condições vida e de aquisição plena da cidadania. No entanto, o apelo principal era que esse seria o meio pelo qual o país atingiria o progresso material e moral, aspectos fundamentais para a sua transformação efetiva. Nesse sentido, foi que os médicos pediatras e puericultores passaram a ter papel primordial na parceria para a responsabilidade do Estado com relação a crianças e mães. O ideal era a ampliação da longevidade mediante a redução nas estatísticas de mortalidade infantil, uma das perspectivas e promessas da medicina, com a intenção de que, no futuro, a idade adulta fosse sadia e, dessa forma, produtiva.

Foi a partir de 1930, mas, principalmente, no período estadonovista, que o amparo à saúde de mães e crianças em situação de pobreza no Piauí adquiriu dimensão, passando a ser, efetivamente, um objeto privilegiado na elaboração de uma legislação protetiva, na organização administrativa de órgãos especializados na saúde de gestantes e crianças, assim como no planejamento de iniciativas que visavam à instalação de instituições de saúde para a prestação de serviços de caráter preventivo e curativo, aspectos que serão abordados a seguir, durante o capítulo 4.

4 PROTEÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO PIAUÍ: OS ÓRGÃOS PÚBLICOS E AS ASSOCIAÇÕES PARTICULARES

Nesse capítulo aborda-se a organização administrativa dos poderes públicos locais em parceria com as associações privadas, visando à assistência à saúde de mães e crianças no Piauí entre 1930 e 1945. Os anos 1920 foram de formulação e aplicação de algumas medidas, ainda tímidas, que serviram de preparação para o enfrentamento da causa da infância pobre a partir da década de 1930, sobretudo, durante o Estado Novo, quando a perspectiva de proteção ganhou maior dimensão. A iniciativa estava de acordo com o ideário bastante difundido de investimento na salvação da criança, um dos princípios que nortearam o projeto político para a preparação do futuro cidadão, de acordo com a concepção vinculada à formação do trabalhador como capital humano nacional. Para isso, ocorria, também, o esforço para a regeneração da família, na qual se destacava a mãe, como esteio para a ordem, a civilização e o progresso, refletindo uma orientação que representava, em larga medida, uma forma de defesa da criança.

A criação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, assim como do Departamento Estadual da Criança (DEC), órgãos piauienses especializados, ficou condicionada à estruturação da administração estadual, com a Diretoria de Saúde Pública e o Departamento de Saúde. Isso ocorreu, porque, à medida que o Estado passou a apresentar condições para organizar a estrutura da saúde pública, foram estabelecidas as condições básicas para a atenção materno-infantil. Os médicos contribuíram efetivamente para essa organização atuando na chefia dos órgãos de atenção à criança, em que foi privilegiada a escolha dos técnicos. Convém considerar, ainda, que as reformas no sistema de saúde do Piauí ocorreram no contexto de uma política de centralização federal, visando ao fortalecimento do poder nas unidades federativas, aspecto valorizado para a construção do Estado brasileiro, porém, isso não impediu certa autonomia dos poderes públicos locais.

Devido à complexidade do problema da saúde materno-infantil, difícil de ser enfrentado apenas com a participação do poder público, foi necessária, também, a colaboração de todas as pessoas que fossem sensíveis à causa, que afinal de contas, era defendida como questão nacional. No Piauí, a finalidade principal da parceria entre os poderes públicos e as associações particulares era fornecer as melhores condições para a preservação da vida e o estabelecimento do desenvolvimento saudável, sendo que a defesa da saúde das mães tinha como foco o bem-estar infantil. Deu-se uma crescente participação do Estado na organização da assistência privada e também no financiamento das iniciativas de proteção, por meio de

subvenções e auxílios. Essa medida estava de acordo com o ponto central a ser enfrentado pelo regime inaugurado a partir de 1930, que residia, justamente, nos propósitos sociais.

Na parte inicial do capítulo, foi identificada a estruturação da organização do sistema de saúde pública no Piauí, possibilitando a visibilidade da criança como questão relevante na política do Estado, o que propiciou o planejamento de medidas especializadas. Em seguida, abordou-se a criação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência e também do DEC, órgãos especializados no planejamento das medidas administrativas de proteção. Finalmente, tratou-se do incentivo do poder público à participação da iniciativa particular mediante a criação de associações filantrópicas, que foram organizadas visando à execução de serviços de saúde. Isso ocorreu a partir do controle e da fiscalização dos poderes públicos, iniciativa que tinha como meta a estruturação do sistema administrativo, visando uma proteção da saúde materno-infantil que fosse mais ampla e também tivesse efetividade.

4.1 A DIRETORIA DE SAÚDE PÚBLICA E A ASSISTÊNCIA PARA MÃES E CRIANÇAS

A partir dos anos 1930, a problemática social passou a ser discutida como tema eminentemente político, pertencente à esfera do Estado, devendo ser enfrentada por meio de ações assistenciais.²⁷⁷ Existia uma vinculação entre a emergência de governos autoritários no Brasil e os avanços na legislação social.²⁷⁸ O exame do tema demonstra que foram nos períodos das ditaduras que os mais substanciais progressos na legislação social puderam ser observados. Isso ocorreu por meio do aumento dos subsídios, serviços e número de beneficiários, servindo para a sustentação dos mesmos regimes políticos. Nesse sentido, foi elaborada uma representação de ordem e eficiência das administrações, defendendo-se que elas trabalhavam incessantemente em prol da solução dos problemas da pobreza desvalida.

Sem deixar de considerar as medidas que vinham sendo tomadas anteriormente, sobretudo na década de 1920, foi no período do governo Vargas que a política social passou a ser incorporada como atribuição do Estado.²⁷⁹ Por isso tornou-se relevante para a construção e consolidação de um modelo de Estado de Bem-estar, que, no entanto, não se constituía apenas

²⁷⁷ IAMAMOTO, Marilda V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

²⁷⁸ GONÇALVES, Marcos. **As tentações integralistas**: um estudo sobre as relações entre catolicismo e política no Brasil (1908- 1937). 2009. 364 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, 2009.

²⁷⁹ FONSECA, Cristina. **Saúde no governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007

como um mecanismo que intervinha e, possivelmente, corrigia a estrutura social, mas também estabelecia uma estratificação da sociedade, ordenando as relações sociais.²⁸⁰

O modelo de assistência social implantado tinha como características ações emergenciais e compensatórias. Organizada pelos poderes públicos a partir de legislações, regulamentos e outras medidas administrativas, a atuação ocorria sobre áreas como saúde, educação e habitação. Existia o que pode ser denominado de cidadania invertida, pois os indivíduos precisavam provar que eram incapazes de suprir suas próprias necessidades para que tivessem o acesso às formas de proteção social.²⁸¹ Essa nova condição fazia parte de uma tendência já existente em outros países, onde foi observada uma alteração no alvo da assistência, antes direcionada para o pobre em geral.

Foi nesse contexto que ocorreu a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP).²⁸² Nos primeiros anos, o órgão sofreu modificações que atendiam apenas as necessidades conjunturais e, por isso, manteve-se muito próximo do antigo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), legado da Primeira República. Isso ocorreu porque a construção institucional da saúde foi marcada pela instabilidade evidenciada pelas disputas de projetos, quando um modelo de gestão do país estava sendo discutido e esboçado.²⁸³ A instabilidade política resultou na dificuldade de formulação de propostas, repercutindo, até mesmo, nas mudanças no comando do MESP. Belisário Penna, expressivo representante do movimento sanitário, ocupou a chefia do DNSP por vários anos e, assumindo o comando do novo órgão, deixou o cargo, por não conseguir implementar as ações que, segundo ele, resultariam em mudanças efetivas. Francisco Campos e Washington Pires ocuparam a pasta ministerial, até que Gustavo Capanema assumiu o cargo em 1934, quando o Ministério passou por reformas que efetivaram, enfim, sua nova configuração.

O projeto de saúde foi incorporado pelo MESP através do Departamento Nacional de Saúde (DNS).²⁸⁴ A saúde pública era direcionada para a população que estava à margem do trabalho formalizado e, portanto, não estaria habilitada para contar com os serviços oferecidos pelos órgãos previdenciários. Eram considerados como cidadãos apenas aqueles que tivessem alguma ocupação reconhecida e definida por lei, estando vinculada, portanto, ao trabalho

²⁸⁰ ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. New Jersey: Princeton University Press, 1990. Disponível em: <<http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1134169.files.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2013.

²⁸¹ FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos: seguridade na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

²⁸² HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93.

²⁸³ FONSECA, Cristina. **Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

²⁸⁴ Ibid.

formalizado. Com isso, foi estabelecida uma cisão entre cidadãos e não cidadãos. Os primeiros eram detentores de direitos, por exercerem atividades reconhecidas em lei, o que dava acesso aos benefícios trabalhistas e previdenciários. Os outros, tais como os abandonados, desempregados e empregados informais, necessitavam daqueles que pudessem oferecer-lhes amparo e proteção, portanto, eram considerados pré-cidadãos, restando-lhes as ações assistenciais.

A assistência médica, no que se refere à previdência social, vinculada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), concedia o acesso a benefícios e serviços de saúde aos trabalhadores que a ele estivessem associados, independentemente das políticas do MESP.²⁸⁵ Tornou-se referência de serviços de saúde para quem estava formalmente atuando no mercado de trabalho, consolidando um Estado de Bem-estar baseado em políticas predominantemente voltadas para os trabalhadores urbanos. Com o MTIC, foi promulgada uma nova legislação que serviu para a formação das bases de uma política de regulamentação do trabalho e organização política dos trabalhadores.

Questões de direitos, tais como jornada de trabalho, férias, demissões e acidentes de trabalho, foram incluídas na nova legislação, que contemplou, inclusive, o trabalho de mulheres e crianças. Também foi consagrada a intervenção do Estado com a criação da justiça do trabalho e a regulamentação da negociação salarial e organização sindical.²⁸⁶ Nesses termos, o enfrentamento das endemias e eventuais epidemias era uma forma discriminada e parcial de atender alguns segmentos populacionais.

O MESP e o MTIC foram os primeiros contemplados pelo projeto de reorganização administrativa, o que indicava a intenção do presidente em começar as mudanças a partir do setor social.²⁸⁷ Na França também ocorria um processo similar, pois o Estado multiplicou suas funções sociais, e, em 1930, criou um Ministério da Saúde Pública.²⁸⁸ As iniciativas dos órgãos

²⁸⁵ A previdência era orientada para os trabalhadores incorporados ao sistema corporativo. Funcionava por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sistema que vigorou até 1933, quando foi substituído pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Embora essa política social tenha sido delineada na década de 1920, adquiriu definição a partir de 1930, constituindo-se como ponto importante nas relações entre o governo Vargas e os trabalhadores. Para mais informações consultar HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93.

²⁸⁶ RISI JÚNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. (Org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 117-134. Disponível em: <[http:// http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf](http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2015.

²⁸⁷ CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

²⁸⁸ PROST, Antoine. Fronteiras e Espaços do Privado. In: PROST, Antoine; VINCENT, Gerard (Orgs.). **História da vida privada: da Primeira Guerra aos nossos dias**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p. 13- 154. v. 5.

brasileiros encaminhavam para a superação dos problemas dos trabalhadores, pois se tratava de uma forma de valorizar o trabalho por meio do investimento na saúde. Os seguros contra invalidez, doença, morte e acidente enfocaram a proteção da saúde, consistindo na preservação, recuperação e aumento da capacidade de produção. A questão não era apenas curar, seus objetivos eram mais complexos, visando garantir a condição saudável e estimular a capacidade de trabalho através de melhores condições de vida. Por meio disso, o Estado ampliou o intervencionismo para combater as causas da pobreza e da doença. A partir do estímulo ao progresso, deviam-se vincular, estreitamente, a legislação social e sanitária, já que o objetivo era construir trabalhadores fortes e sãos, com capacidade produtiva ampliada.²⁸⁹

Nesse contexto, a atuação das feministas e também dos médicos teve efeito positivo para a configuração das políticas públicas destinadas à maternidade e à infância no período de 1930 a 1945, tanto no que diz respeito à legislação, quanto à organização e prestação de serviços.²⁹⁰ A criação de organismos governamentais e a elaboração de programas, foram amparados por uma legislação menos propositiva e mais reguladora. Esta nova orientação começou a adquirir expressão com o Código de Trabalho das Mulheres de 1932. Um avanço considerável, haja vista a obrigatoriedade dos dispositivos, estabelecendo multas aos patrões que os descumprissem, atribuindo ao MTIC e ao Conselho Nacional do Trabalho (CNT) a normatização e a fiscalização.

O Código de Trabalho das Mulheres determinava que os salários deveriam ser iguais, para ambos os sexos, regulamentava o horário e as condições de trabalho, estabelecia a licença maternidade de quatro semanas antes e quatro semanas após o parto. Além disso, estabelecia horários para a amamentação, criava o abono-maternidade para o período da licença correspondente, no valor da metade do salário, e garantia o emprego das mulheres licenciadas. O trabalho feminino, enfim, passou por regulamentação, seguindo a tendência das legislações estrangeiras e as determinações da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

O governo Vargas teve orientações reformistas e, como consequência, a estrutura organizacional do setor público na área da saúde passou por uma expressiva modificação administrativa. Predominava a ideia da relação entre a saúde e o progresso material.²⁹¹ Isso consistia na defesa de que seria possível acabar com a pobreza e atingir o desenvolvimento, a

²⁸⁹ FONSECA, Cristina M. Oliveira. A saúde da criança na política social do primeiro governo Vargas, **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 97-115, 1993.

²⁹⁰ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. **Humanitas**, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

²⁹¹ CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

partir da melhoria das condições de saúde pública. Os poderes públicos passaram a responder de maneira mais efetiva às reivindicações dos setores considerados mais esclarecidos da sociedade, entre os quais o médico, quanto a assumir a responsabilidade com a saúde, no sentido de uma reorientação de seus planejamentos e de suas práticas.²⁹² Isso justifica, entre vários outros aspectos, o fato de que, para os médicos, eles seriam os mais capacitados para orientar os administradores em relação à formulação e execução de políticas públicas de saúde.

Conforme já foi abordado, durante a administração de Landry Salles as receitas do Estado adquiriram estabilização, condição que permitiu o pagamento das dívidas, bem como um crescente potencial de investimento em obras e serviços públicos. Isso também acabou repercutindo na crescente elevação das receitas destinadas à saúde pública, que passou a dispor de verbas sem as quais seria impossível realizar as mudanças que incidiram na reorganização administrativa, em novos regulamentos e na instalação de instituições de atendimento, apesar da orientação reformadora do DNSP.²⁹³ Em 1930 a receita estadual para a saúde foi de Rs 12:380\$000, em 1931 essa verba mais que triplicou, atingindo o valor de Rs 39:600\$000. Nos anos subsequentes ocorreram novos aumentos de receita, demonstrando que os investimentos na área faziam parte de uma política de investimentos prioritários. Em 1932 foram investidos Rs 76:919\$804, em 1933 o valor foi Rs 125:270\$800 e em 1934 o total foi de Rs 139:901\$600.

Após a instabilidade administrativa do imediato período pós-revolucionário, o interventor federal, afirmava que havia conseguido promover a estabilidade política de que o Estado necessitava. Representando a iniciativa que se considerava revolucionária, a situação de desordem e de insegurança em que encontrou o Piauí tornava necessário que fossem tomadas medidas para restabelecer a ordem. Como forma de justificar suas ações, Landry Salles admitia que era tarefa emergencial a realização de uma reforma administrativa, base para um plano de enfrentamento de problemas cujo legado remetia à Primeira República, sendo que a intervenção na Diretoria de Saúde Pública fazia parte dessa iniciativa renovadora:

As primeiras administrações posteriores à Revolução, criando e conservando a Assistência Pública, não tentaram, comtudo, modificar, mesmo levemente a Directoria de Saúde. Ambas cheguei, por fim, a verificar ineficientes, desapparelhadas, e sem regulamentação. Não era possível admitir que assim

²⁹² MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

²⁹³ PIAUÍ. Governo 1931-1935. **Relatório Apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, Presidente da República, pelo Interventor Landry Salles Gonçalves, Referente ao Exercício de 1931-1935**. Teresina: Imprensa Oficial, 1935.

permanecessem. Logo no segundo mês de Governo, procurei, unificando-as, reorganizar-as convenientemente.²⁹⁴

Na administração da saúde piauiense em 1930, quando Landry Salles ainda não havia assumido o cargo de interventor, havia um diretor geral de assistência médica e também um diretor geral de saúde pública, não existindo, entretanto, nenhum desses serviços organizados ou regulamentados.²⁹⁵ Não muito diferente da década de 1920, quando a Diretoria de Saúde Pública limitava-se a uma dependência ineficiente da DSPR. Com a reforma administrativa implantada ainda no começo do governo do novo interventor federal, ocorreu uma reorganização da Diretoria de Saúde Pública, com a finalidade de torná-la mais eficiente. O planejamento era que os serviços de saúde pública e de assistência médica não estivessem restritos a Teresina, mas que fossem disseminados no interior do Estado, assunto que será abordado no próximo capítulo.

Com a nova orientação administrativa, a Diretoria passou a contar com uma Seção de Assistência Médica, dividida em clínicas médica, cirúrgica, mental e obstétrico-ginecológica, além de uma Seção de Saúde Pública, especializada no enfrentamento de endemias e epidemias.²⁹⁶ O órgão estadual foi dividido em várias inspetorias, inclusive, uma delas era especializada em higiene escolar. A nova repartição coordenava os serviços que atendiam as crianças acometidas por moléstias infecciosas que estudavam em escolas públicas. Essa restrição no atendimento não ocorria somente no Piauí, pois, no início da década de 1930, os serviços de assistência à infância ainda eram executados, principalmente, por instituições filantrópicas, não tendo ocorrido, até aquele momento, uma atuação sistemática e intensiva dos poderes públicos, inclusive no âmbito nacional.²⁹⁷

De acordo com o estabelecimento da proteção à mãe e à criança, assumido pelo governo provisório, a Inspetoria de Higiene Infantil era o órgão responsável pela formulação de políticas de saúde para a clientela específica, estando sob o comando de Olinto de Oliveira.²⁹⁸

²⁹⁴ PIAUÍ. Governo 1931-1935. **Relatório Apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, Presidente da República, pelo Interventor Landry Salles Gonçalves, Referente ao Exercício de 1931-1935.** Teresina: Imprensa Oficial, 1935.

²⁹⁵ RELATÓRIO Apresentado ao presidente da República pelo interventor Landry Salles Gonçalves referente ao exercício de 1931. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 58, p. 3, 09 de mar. de 1932.

²⁹⁶ Ibid.

²⁹⁷ FONSECA, Cristina M. Oliveira. A saúde da criança na política social do primeiro governo Vargas, **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 97-115, 1993.

²⁹⁸ Olympio Olinto de Oliveira nasceu em Porto Alegre-RS. Especializou-se em pediatria na Universidade do Brasil em 1887. Na capital federal, atuou no fornecimento de serviços filantrópicos de proteção materno-infantil. Mantendo ligações com integrantes do movimento sanitarista da República Velha, como Belisário Penna, foi indicado como chefe da Inspetoria de Higiene Infantil, mas, também ocupou cargos de direção em outros órgãos de proteção à maternidade e à infância. Era considerado por seus contemporâneos como um dos mais importantes pediatras do Brasil, juntamente com Moncorvo Filho e Fernandes Figueira. SOCIEDADE Brasileira de Pediatria

A repartição apresentou resultados com o desenvolvimento dos projetos e a instalação de instituições de atendimento materno-infantis. No entanto, sua atuação ficou restrita à capital do país porque, apesar da boa intenção e da diretriz do governo federal, obstáculos burocráticos, conflitos políticos no MESP e restrições financeiras, foram circunstâncias que dificultaram a implementação das políticas de saúde e dos programas de assistência social.²⁹⁹

A preocupação com a garantia de sistematização do saber médico social de assistência à infância fazia parte do novo governo, pois o Brasil passou a participar de forma mais efetiva dos congressos, conferências e eventos no exterior, que debatiam o problema da assistência à infância e amparo à maternidade, buscando modelos que servissem para o estabelecimento da proteção. Isso pode ser percebido, inicialmente, com a Primeira Conferência Nacional de Proteção à Infância, proposta por Vargas, com o objetivo de debater as concepções de infância, leis e regulamentos para os estabelecimentos que atendiam crianças e jovens, bem como delinear quais seriam as diretrizes da assistência. As discussões realizadas no evento realizado na década de 1930 serviram, inclusive, para a inclusão da questão materno-infantil nos debates para a elaboração da Constituição de 1934.³⁰⁰

Vários atores sociais se debatiam para conseguir impor a sua posição sobre a infância em academias de medicina, tribunais, parlamento e governo federal.³⁰¹ Durante essas discussões, é possível entender como foi construído um novo posicionamento de assistência à infância e amparo à maternidade, que começou a ser delineado nos primeiros anos do governo Vargas. Ocorria que os membros do Estado já estavam reconhecendo que, além de conselhos e advertências, era necessário melhorar as condições de existência das famílias, dando apoio e garantias necessárias para a sua estabilidade e desenvolvimento. Isso pode ser observado na legislação que estabelecia, de forma crescente, uma tutela do Estado sobre a família,

(SBP). **Olympio Olinto de Oliveira (1866-1956)**. [2016?]. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/institucional/academia-brasileira-da-pediatria/patronos-e-titulares/olympio-olinto-de-oliveira/>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

²⁹⁹ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. **Humanitas**, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

³⁰⁰ O médico Moncorvo Filho foi o presidente do evento, destacando-se como um dos principais defensores da maior presença e relevância dos médicos nos debates sobre as concepções de infância e do aumento da quantidade de médicos que atuavam nas instituições de atendimento. Moncorvo Filho defendia que seria preciso realizar uma verdadeira cruzada a favor da causa infantil, devendo-se utilizar os conhecimentos científicos mais avançados para solucionar os seus problemas de saúde, ensinar a puericultura para as mães e fazer a aplicação das regras eugênicas, pois o Brasil somente poderia chegar ao nível dos países civilizados com o melhoramento da sua raça. Essa defesa da ciência como a única forma de solucionar os problemas da infância era um forte argumento para fazer prevalecer o conhecimento médico sobre o jurídico que, havia predominado no tratamento da questão, durante os anos anteriores. MARIANO, Hélios Alexandre. **A assistência à infância e o amparo à maternidade no Brasil entre os anos de 1927-1940**. São Paulo: Scortecchi, 2011.

³⁰¹ Ibid.

especialmente quanto ao seu integrante mais frágil, a criança, tendo como cuidadora imediata a mãe, sobre a qual também incidia a assistência.

A questão da proteção da infância e da maternidade, abordada nos debates parlamentares, foi configurada na Constituição de 1934. Mais especificamente, nos artigos 138 e 141 do capítulo intitulado “Da Ordem Econômica e Social”, nos quais se especificava a incumbência dos poderes públicos.³⁰² Foi determinada a proibição de trabalho para os menores de 14 anos sem permissão da justiça e estabelecida a idade de dezoito anos para a inimizabilidade. Os governos passaram a aplicar os corretivos necessários para conter a delinquência, inclusive, pela primeira vez, passaram a usar a internação, responsabilizando-se pela condição de abandono.³⁰³ Além disso, também deveriam proteger as crianças da exploração, diminuir os índices de mortalidade infantil e fomentar a higiene mental, social e eugênica. A saúde pública foi objeto de debates e discursos modelares, no interior dos quais se firmou a convicção de que o país deveria ser fisicamente saudável, e de que à lei cumpria estabelecer a forma para consegui-lo.³⁰⁴

A legislação direcionada para a assistência definia um novo projeto jurídico e institucional de cunho recuperador, disciplinar, tutelar e paternal. Essa prerrogativa dependia da reorganização da assistência que era prestada, tornando-a mais ampla e sistemática, adquirindo, sobretudo, uma forma mais científica. As medidas legislativas oficializaram tendências que vinham se delineando no cenário nacional desde os anos 1920, mas que assumiram a partir de 1930, uma nítida feição de política de governo. Essa preocupação com a criança foi sendo intensificada ao longo do governo Vargas, fato que pode ser confirmado por meio da intensificação de legislação específica e criação de órgãos governamentais de assistência à infância e à maternidade.

A Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância substituiu a Inspetoria de Higiene Infantil na defesa da saúde de mães e crianças. A criação do novo órgão em 1934 foi, em grande parte, resultado da atuação e do debate que os deputados constituintes vinham realizando a respeito do assunto, assim como da pressão de instituições filantrópicas e políticas, como é o caso da Federação Brasileira para o Progresso Feminino (FBPV).³⁰⁵ A instalação da Diretoria

³⁰² BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1934**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm>. Acesso em: 9 jan. 2014.

³⁰³ MARCÍLIO, Maria Luiza. **História social da criança abandonada**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

³⁰⁴ MOURA, Esmeralda Blanco. O fim, o meio e a forma: O Brasil desejado, a infância e a lei na Assembleia Constituinte de 1934. In: MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima (Orgs.). **Infância & saúde: perspectivas históricas**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2009. p. 21-59.

³⁰⁵ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. **Humanitas**, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

também ocorreu devido ao esforço de Olinto de Oliveira, que, desde o início de suas atividades no governo Vargas, defendeu a necessidade da criação de uma estrutura que fosse independente do DNSP. Ele argumentava em defesa dessa iniciativa, que a proteção à infância incluía aspectos diversos, e não somente o combate à alimentação infantil inadequada, a assistência às mães pobres no parto e as medidas visando a saúde infantil, mas toda a problemática relativa à educação, trabalho, abandono e delinquência.

Inaugurada sob o comando de Olinto de Oliveira, a nova repartição federal representaria um avanço em direção à difícil iniciativa de coordenar, em âmbito nacional, a assistência materno-infantil, inclusive, preservando a vida e a saúde da criança.³⁰⁶ Para isso, deveria incentivar a instalação de instituições de atendimento, divulgar a higiene, a puericultura e a pediatria, além de coordenar a distribuição de seguros ou pensões a partir da associação entre poderes públicos e associações filantrópicas.³⁰⁷ Estas iniciativas deveriam ser estabelecidas pela Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância em cooperação com os Estados, com o objetivo de promover, orientar e estimular a realização de serviços, podendo, ainda, realizar o planejamento e a execução das ações, quando fosse requisitada. Nesse sentido, a preocupação com a implementação da proteção da infância começava a ser materializada ao adquirir proeminência na estrutura da administração pública.

Nesse contexto, os poderes públicos piauienses também atuaram na administração da saúde materno-infantil, contudo, sem mudanças significativas.³⁰⁸ Com o novo governador, Leônidas Mello, foi conservada a Inspetoria Médico Escolar, único serviço especializado, mas, devido à falta de fontes disponíveis, não é possível fornecer informações detalhadas sobre o seu funcionamento, sendo possível afirmar que a assistência era apenas para as alunas e os alunos contaminados por moléstias contagiosas, tendo, portanto, atuação restrita. Diante dessa condição, o próprio governador reconhecia a necessidade de uma radical modificação na estrutura administrativa da Diretoria de Saúde Pública que, segundo ele, era obsoleta e, portanto, ineficiente, mas isso ocorreu somente em 1938, aproveitando algumas diretrizes apontadas na reforma federal realizada no ano anterior.

³⁰⁶ LOPES, Thiago da Costa. Intelectuais, puericultura e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940). In: XVI Encontro Regional de História da ANPUH-Rio, de 28 de julho a 01 de agosto de 2014. *Anais*, Rio de Janeiro-RJ, 2014. p. 1-9. Disponível em: <<http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/ThiagodaCosta.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

³⁰⁷ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. *Humanitas*, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

³⁰⁸ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Mensagem Apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Piauí pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1936**. Teresina: Imprensa Oficial, 1937.

Ao tomar posse do MESP, Gustavo Capanema encaminhou uma proposta de reforma institucional utilizando, entre outros argumentos, o fato de que o Ministério ainda não dispunha de uma estrutura que permitisse expandir a sua atuação.³⁰⁹ A reforma foi sancionada apenas em janeiro de 1937, devendo servir para definir os rumos da saúde pública do país, ao adequá-la aos princípios da política social varguista. O órgão passou a ser chamado de Ministério da Educação e Saúde (MES), integrando os eixos da educação, saúde pública, assistência social e cultura. A responsabilidade sobre as ações de saúde caberia ao Departamento Nacional de Saúde (DNS) e, de acordo com o artigo 13 da legislação que proporcionou a nova organização, incidia sobre essa repartição a administração das atividades relativas à saúde pública e à assistência médico-social.³¹⁰

A criação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância em 1937, como uma das seções administrativas do DNS, demonstrou que a questão da criança adquiria uma relevância crescente na política do governo federal.³¹¹ A atuação da repartição era direcionada para gestantes, visando à proteção infantil ainda na fase intrauterina, assim como para a saúde da criança, especialmente nos primeiros anos de vida. De acordo com o artigo 18 da Lei que reformou a saúde pública, ela possuía mais recursos para atuar na área, pois foi encarregada da promoção da cooperação da União com os serviços locais. Devendo realizar planejamentos, coordenar atividades e estabelecer ações de assistência à infância e à maternidade em âmbito nacional, a Divisão deveria ter atribuições marcadamente centralizadoras, diferentes da repartição que a antecedeu. O governo central defendia que, a partir de então, seria possível estabelecer novos atos em grande escala.³¹² No entanto, ao contrário do que defendia Olinto de Oliveira, o órgão passou a ser subordinado ao DNS, o que limitava a sua autonomia.³¹³

A Constituição de 1937, promulgada após a criação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, continuou afirmando a relevância da proteção de mães e crianças na política do regime autoritário. Acreditava-se que o tema tinha um significado muito mais ampla

³⁰⁹ HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93.

³¹⁰ BRASIL. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939.html>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

³¹¹ A partir de 1937, a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância implementou um diagnóstico da assistência à infância no território nacional, além de fazer um levantamento de propostas de países vizinhos para que pudesse ser formulado um novo modelo de amparo. Isso ocorreu com a participação de Olinto de Oliveira no II Congresso Internacional de Proteção à Infância, ocorrido em Roma em 1937. Mas, além disso, ele ainda visitou países como a Inglaterra, a França, a Suíça e a Áustria, cujo objetivo seria o de conhecer os modelos de atendimento aplicados. MARIANO, Hêlvio Alexandre. **A assistência à infância e o amparo à maternidade no Brasil entre os anos de 1927-1940**. São Paulo: Scortecci, 2011

³¹² A SEMANA da criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 199, p. 4-5, 31 de agosto de 1939.

³¹³ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. **Humanitas**, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

no projeto de construção da nação e, por isso, deveria ser uma preocupação predominante na atuação da política nacional. Essas questões foram tratadas no capítulo “Da Família”, sendo que o artigo 127 definia que a infância deveria ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte dos governos, que tomariam todas as medidas destinadas a assegurar-lhes as condições físicas e morais de vida sadia e de harmonioso desenvolvimento.³¹⁴ Ocorria que, além do problema da proteção da infância não poder ser separado do amparo à mãe, de quem dependia diretamente, também não poderia ser enfrentado se estivesse desvinculado da família, primeiro ambiente em que ocorria o desenvolvimento infantil. A Constituição de 1937 também materializou a preocupação com a família no artigo 124, declarando que ela seria constituída pelo casamento indissolúvel e estaria sob a proteção especial do Estado, que promoveria compensações para a sua subsistência, educação e saúde.³¹⁵

4.2 O DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO PIAUÍ E OS ÓRGÃOS ESPECIALIZADOS NA INFÂNCIA

No período inicial do Estado Novo, a organização sanitária do Piauí ainda era realizada pela Diretoria de Saúde Pública. Desde 1935, portanto, durante o governo de Leônidas Mello, a repartição vinha passando por algumas mudanças, com o objetivo de adequá-la para uma melhor efetividade do seu funcionamento por meio de projetos e serviços.³¹⁶ Porém, o próprio interventor federal reconheceu que as reformas administrativas realizadas ainda eram insuficientes, por isso, tinha planos para empreender uma reorganização mais ampla na estrutura da saúde pública piauiense:

Não está, entretanto, forçoso é reconhecer, esta importante face da administração enquadrada nos moldes aconselháveis da atualidade higienica. E, por assim o ser, resolvi comissionar o Diretor de Saúde do Estado para, na Capital da República, estudar um plano de reorganização dos nossos serviços sanitários. Efetivamente, graças aos bons ofícios e cordial acolhida dispensados pelo Sr. Dr. Barros Barreto, Diretor Geral da Saúde Pública, no Rio, ao Delegado do meu Governo, ponde este desempenhar-se proveitosamente, de sua missão e trazer consigo um bem acabado plano de reforma, pautado no plano geral dos serviços federais. Será, assim, em breves

³¹⁴ BRASIL. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.html>. Acesso em: 9 jan. 2014.

³¹⁵ Desde a Constituição de 1934 que a família era um tema que mobilizava católicos e feministas, além de políticos conservadores e liberais. A vitória foi do setor católico, que impediu a aprovação do divórcio e acabou garantindo a definição de família como sendo constituída pelo casamento indissolúvel. Esse fato também parece ter ocorrido na Constituição de 1937 por influência do mesmo setor católico. MARTINS, Ana Paula Vosne. Dos pais pobres ao pai dos pobres: cartas de pais e mães ao presidente Vargas e a política familiar do Estado Novo. **Diálogos**, DHI/PPH/UEM, v. 12, n. 2/ n. 3, p. 209-235, 2008.

³¹⁶ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1937**. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

dias, feita a organização que se impõe. E para esse fim, está o meu Governo em frequente entendimento com a Diretoria Geral de Saúde, no Rio.³¹⁷

Em 1937, algumas ações no sentido de maior uniformização, como também coordenação dos serviços de saúde pelo DNS, já estavam sendo realizadas por meio das reformas administrativas do setor da saúde em várias unidades federativas.³¹⁸ No Piauí, as movimentações em torno desse objetivo passaram a ocorrer a partir dos contatos do chefe da Diretoria de Saúde Pública, Manoel Sotero Vaz da Silveira, para tratar sobre a organização dos serviços sanitários com o órgão nacional. Embora a intenção fosse de fortalecer o poder federal nos Estados, a justificativa frequentemente utilizada era o fornecimento de mais eficiência para as funções a serem realizadas, enquadrando o órgão piauiense às exigências técnicas impostas pela mais inovadora ciência sanitária.

A relação do DNS com os departamentos estaduais foi sendo realizada à medida que passou a ser efetivada uma política de saúde baseada na centralização normativa e descentralização executiva.³¹⁹ Isso ocorreu porque a melhor alternativa não seria o órgão federal realizar diretamente a administração sanitária nos Estados, em virtude da dimensão territorial do Brasil, mas a coordenação dessa ação através da definição de uma normatização para orientar os órgãos estaduais. Esse processo teve a condução do diretor geral do DNS, João de Barros Barreto, sendo que a sua permanência no cargo se converteu em um aspecto essencial para a continuidade das mudanças que estavam encaminhadas. Dessa forma, a reforma administrativa da saúde no Piauí ocorreu sob a orientação da União:

Não importa que a reorganização, consubstanciada no Decreto-Lei 123, de ontem, traga novos encargos ao erário publico. A idéia vitoriosa e admiravelmente concretizada no ato oficial importa em tão elevado designio e traz em si o consolo tão animador de reparar deficiências que a falta de recursos e de pessoal especializado se tornavam lamentáveis, que a verba para tal fim destinada – a saúde do homem, factor primordial das fontes econômicas -, parece insignificante ante o elevado fim colimado.³²⁰

Para o interventor federal, a reformulação da Diretoria de Saúde Pública era uma questão urgente. Uma estrutura burocrática eficiente permitiria a ampliação do fornecimento dos serviços para mais municípios, bem como estaria acessível a uma parcela maior da

³¹⁷ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1937**. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

³¹⁸ FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

³¹⁹ Ibid.

³²⁰ REFORMULAÇÃO do Departamento de Saúde do Piauí. **Diário Oficial**, Teresina, ano VIII, n. 206, p. 12, 15 de set. de 1938.

população. As mudanças foram realizadas, porém, o comprometimento do governo do Estado com a proposta de centralização do governo federal ficou, em larga medida, restrita à intenção, repercutindo muito mais nas legislações e medidas administrativas do que no fornecimento dos serviços públicos de saúde para mães e crianças em estabelecimentos especializados, sobretudo, no interior do Piauí. Isso foi verificado apesar do crescimento contínuo dos investimentos ao longo do governo Leônidas Mello, conforme pode ser verificado na tabela a seguir:

TABELA 11 - RECEITAS ESTADUAIS PARA A SAÚDE DE 1935 A 1945

Anos	Valores
1935	215:802\$400
1936	313.374\$400
1937	441:205\$800
1938	552:106\$400
1939	972:716\$000
1940	1.036:282\$900
1941	1.350:454\$000
1942	2.896.844,00
1943	3.160.892,60
1944	3.932.592,00
1945	Não disponível

FONTES: Legislação, mensagens e relatórios do Estado.

Conforme pode ser observado por meio dos dados, ocorreu um elevado crescimento das receitas destinadas à saúde pública no Piauí, representando, em média, um quinto da receita do governo estadual no período, resultado do desenvolvimento da economia piauiense. Porém, as verbas foram insuficientes para a instalação de estabelecimentos para prestar atendimento eficiente à população, inclusive, para mães e crianças, em todo o extenso território piauiense. Certamente, isso ocorreu não somente devido à impossibilidade de instalação e funcionamento de unidades de saúde em cada município, em virtude dos elevados investimentos necessários e carência de profissionais de saúde especializados, mas também como decorrência de uma possível falta de racionalidade na aplicação dos recursos nas necessidades prioritárias, que pudessem reverter mais benefícios diretos para a população pobre. Com isso, a intenção de fornecer uma melhor qualidade para a saúde pública, repercutiu na limitação da execução das iniciativas devido às dificuldades locais para a execução das políticas públicas, de acordo com a legislação e o regulamento que foram orientados pelo DNS, aspecto que será analisado durante o próximo capítulo.

Com a definição da nova organização sanitária do Piauí em 1938, a Diretoria de Saúde Pública, foi subordinada diretamente à Secretaria Geral do Estado, passando a ser denominada

como Departamento de Saúde.³²¹ O órgão foi constituído como um centro de administração, coordenação e execução das atividades relativas a questões como: educação sanitária da população, organização da estatística demógrafo-sanitária, profilaxia das doenças transmissíveis, repressão ao curandeirismo, entre outros. Além disso, também teria como atribuição a realização da higiene infantil, da higiene pré-escolar e da higiene escolar.³²² A importância disso era a ampliação da proteção da saúde para o atendimento de todas as crianças, e não somente para aquelas que estavam frequentando os estabelecimentos escolares, como ocorria anteriormente.

Apesar do avanço da legislação no atendimento à saúde infantil, não existia nenhum órgão especializado para administrar os serviços no Piauí. O diretor do Departamento de Saúde, Manoel Sotero Vaz da Silveira, admitiu que: “Presentemente, não era possível instalação e manutenção de um serviço de tão elevado alcance, o qual determinaria despesa avultada.”³²³ Pode-se observar que, mais uma vez, a questão financeira foi utilizada como um empecilho para a organização administrativa da saúde pública. Apesar da prosperidade econômica comprovada por dados oficiais, a elevação das receitas não eram suficientes para atender a muitas necessidades. No entanto, essa condição, certamente, também estava relacionada à precariedade dos serviços de assistência materno-infantil no Brasil, pois a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância não conseguia realizar um trabalho nacional com atuação eficiente nos Estados a partir da orientação, coordenação e fiscalização, bem como não determinava e, nem mesmo, parecia incentivar a criação de órgãos de proteção no âmbito dos Estados.

A partir da reforma do Departamento de Saúde, ficou estabelecido que o seu diretor deveria ser um médico, tendo a responsabilidade de administrar os serviços, estabelecer acordos de cooperação entre as autoridades federais e municipais, como também promover, estimular e coordenar as iniciativas privadas, entre outras atribuições.³²⁴ Os outros cargos de comando da Diretoria ou vinculados a ela, também deveriam se preenchidos por médicos. Ocorreu a participação crescente desses profissionais em qualquer instância que estivesse vinculada à gestão dos serviços de profilaxia, educação e ação higiênica. Com isso, ocorreu o investimento no treinamento e na especialização para o exercício da gestão dos cargos burocráticos, sendo os médicos frequentemente enviados ao Rio de Janeiro. Estavam presentes, portanto, em

³²¹ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 123, de 14 de setembro de 1938. Reorganiza os Serviços Sanitários do Piauí e dá outras providências. **Decretos do Piauí de 1938**. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

³²² PIAUÍ. Decreto-Lei nº 144, de 12 de novembro de 1938. Aprova o regulamento para o Departamento de Saúde. **Decretos do Piauí de 1938**. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

³²³ RELATÓRIO do Departamento de Saúde. **Diário Oficial**, Teresina, ano VIII, n. 219, p. 7, 30 de set. de 1938.

³²⁴ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 144, op. cit.

institutos, departamentos, secretarias e instituições de saúde, sendo transformados, por meio da profissionalização, em um importante elemento do processo de burocratização do Estado. O próprio Leônidas Mello era médico, devendo ter conhecimento da relevância desse aspecto para a eficiência do funcionamento da saúde pública no Piauí.

A presença do setor médico na gestão da saúde pública foi uma importante mudança em relação à Primeira República. Era necessário convencer os responsáveis pelas nomeações a escolherem médicos para ocuparem os cargos para os quais estariam preparados, em lugar de realizar a nomeação de homens abastados que não dispunham de conhecimento técnico, como ocorria frequentemente antes da década de 1930.³²⁵ Ser nomeado para algum cargo administrativo representava prestígio por ter sido escolhido por uma alta autoridade e também traria poder, na medida em que seu ocupante teria condições de elaborar, decidir e implementar as políticas públicas de saúde. Essas mudanças, ocorridas a partir da criação do MESP, não devem ser consideradas de forma isolada e de acordo com parâmetros exclusivamente nacionais, pois possuíam vínculos estreitos com propostas de organismos internacionais, em particular por países da América Latina e os Estados Unidos.³²⁶

O governo federal parecia ter atingido estabilidade política, condição diferente daquela observada no começo do Estado Novo, pelo menos era isso que o presidente defendia: “É o desdobramento natural do programa que o Governo vem desenvolvendo. Afastados os elementos de perturbação da vida do país, passou a fase das críticas, das queixas, dos ressentimentos. A época é de construção e de trabalho.”³²⁷ Ele afirmava estar cada vez mais empenhado na realização de um programa que deveria imprimir a atenção necessária para o enfrentamento dos problemas brasileiros. Nesse contexto ocorreu a implementação dos princípios constitucionais sobre a proteção da criança, sendo criada em 1939 a Comissão Nacional para a Proteção da Família.³²⁸

Porém, uma intervenção legislativa mais concreta, dispondo sobre a organização do amparo familiar, somente foi configurada a partir do Decreto-Lei nº 3.200 de 1941.³²⁹ O documento era afinado com as ideias sobre a relação do Estado com a sociedade, que estavam

³²⁵ PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

³²⁶ FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

³²⁷ VARGAS, Getúlio Dornelles. **Realizações e projetos do Estado Novo. Entrevista coletiva à imprensa, no Palácio do governo, em Porto Alegre, a 12 de março de 1940**. Biblioteca da Presidência da República. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos/1940/08.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

³²⁸ COMISSÃO Nacional de Proteção à Família. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 282, p. 1, 14 de dez. de 1939.

³²⁹ DECRETO-LEI Federal nº 3.200. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 95, p. 5-7, 30 de abr. de 1941.

em vigor nos países europeus desde a década de 1920, sobretudo naquilo que se refere às políticas sociais e demográficas.³³⁰ A legislação brasileira normatizava a forma e os limites da intervenção dos poderes públicos na família, sendo composto por dezesseis artigos, abrangia, sob os mais diferentes aspectos, o amparo social por meio de benefícios legais, como auxílios de natureza econômica e fiscal.³³¹

No Piauí, Leônidas Mello estabeleceu a proteção legislativa à família em 1943, por meio do Decreto-Lei Estadual nº 730.³³² Com esse documento, o Estado reconhecia que, além de conselhos e advertências, era necessário melhorar as condições de existência familiar, dando apoio e garantias necessárias para a sua estabilidade e desenvolvimento. Estabelecia, portanto, uma tutela do Estado, existindo a preocupação com o seu membro mais frágil, a criança. Como uma forma de justificar o empenho no exercício do controle sobre as relações interpessoais privadas, era reiterado o fato de a família ser a base da sociedade e da organização política, sendo que os poderes públicos refletiam diretamente as condições das famílias que o compunham. A prosperidade, o prestígio e o poder de um país dependiam de sua população, sendo que a família era convertida em base da política demográfica e, ao mesmo tempo, fonte de estímulos morais.

Um aspecto a se ressaltar sobre o Decreto-Lei nº 730, foram os incentivos para a procriação eugênica. Os matrimônios foram regulados, sendo que todos aqueles que desejassem contrair núpcias, deveriam atestar sanidade. No texto da Constituição de 1937, a determinação já estava presente no artigo 145, que exigia a apresentação de prova de sanidade física e mental pelos nubentes.³³³ Ocorria que um dos pontos principais do programa eugenista era o controle dos casamentos, condição que tornaria possível e, sobretudo, necessária a seleção de indivíduos a partir de sua superioridade biológica e moral. Tal capacidade de organização da diferença parece ter sido um grande atrativo da eugenia, sendo que seus defensores realizavam esforços para que isso ocorresse por meio da classificação e combate daquilo que consideravam como

³³⁰ MARTINS, Ana Paula Vosne. Dos pais pobres ao pai dos pobres: cartas de pais e mães ao presidente Vargas e a política familiar do Estado Novo. **Diálogos**, DHI/PPH/UEM, v. 12, n. 2/ n. 3, p. 209-235, 2008.

³³¹ Ainda no ano de 1941, a implementação do abono foi suspensa pelo Decreto-Lei Federal nº 3.741 até que fosse viabilizada a sua regulamentação. Isso ocorreu com relação aos funcionários públicos no ano seguinte, com o Decreto-Lei Federal nº 9.816. Já a regulamentação atendendo ao público em geral, foi estabelecida apenas de 1943, por meio do Decreto-Lei federal nº 5.511. ABONO familiar. **Gazeta**, Teresina, ano XXXII, n. 1.322, p. 4, 09 de maio de 1943.

³³² PIAUÍ. Decreto-Lei nº 730, de 17 de novembro de 1943. Concede abono familiar. **Decretos do Piauí de 1943**. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

³³³ BRASIL. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm>. Acesso em: 9 jan. 2014.

incapacidades, taras, degenerescências e desvios, transformados em ameaças para o fortalecimento da raça e, consequentemente, para o progresso brasileiro.³³⁴

Como incentivo para a observância das regras eugênicas, os recém-casados com idade inferior aos trinta anos que obtivessem certificados de boa saúde em exames pré-nupciais, eram qualificados para o recebimento de empréstimos especiais das Caixas Econômicas Federais, bem como de institutos e caixas de previdência, concedendo aos trabalhadores e aos seus associados, auxílios para adquirir e mobiliar suas casas.³³⁵ Os pagamentos desses empréstimos começariam a ser realizados após um ano de casamento, mas caso a mulher estivesse grávida ou já tivesse um filho vivo e saudável, os pagamentos não somente seriam prorrogados por vinte e quatro meses, mas também deduzidos de 20%. A dívida também deveria ser gradualmente reduzida com o nascimento de cada filho, bem como no décimo aniversário de cada um deles. Além disso, se o casal tivesse quatro filhos saudáveis, a dívida seria perdoada.

Outra determinação do Decreto-Lei nº 730 era que os solteiros e os viúvos com idade superior a vinte e cinco anos, e que não tivessem filhos, pagariam um adicional de 15 % do imposto de renda. Aqueles que eram casados, maiores de vinte e cinco anos, e que, igualmente, não tivessem filhos, teriam um acréscimo de 10 %. Os contribuintes do imposto de renda com idade superior a quarenta e cinco anos, que tivessem um só filho, pagariam o adicional de 5%. Além disso, para a contratação e a promoção de funcionários públicos, seriam privilegiados os casados sobre os solteiros, bem como os que tivessem uma maior quantidade de filhos. Aqueles que fossem admitidos no serviço público sob tais condições ainda receberiam uma bonificação mensal por cada filho. Entre outras medidas de proteção estabelecidas, pode ser destacada a implementação do abono familiar.³³⁶ A concessão do benefício era para os pais de família cujos rendimentos não fossem suficientes para prover a subsistência, no entanto, deveriam ser observadas algumas exigências:

[...] sendo chefe de família numerosa e recebendo, por mês, menos de mil cruzeiros de vencimento, remuneração, gratificação, provento ou salário, conceder-se-á, mensalmente, o abono familiar de vinte cruzeiros por filho, se a retribuição mensal que tenha, fôr de quinhentos cruzeiros ou menos, ou de dez cruzeiros por filho, se essa retribuição mensal for de mais de quinhentos cruzeiros.³³⁷

³³⁴ PEREIRA, Júnia Sales. **História, ciência e infância**: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

³³⁵ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 730, de 17 de novembro de 1943. Concede abono familiar. **Decretos do Piauí de 1943**. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

³³⁶ ABONO. **Gazeta**, Teresina, ano XXXII, n. 1.322, p. 4, 09 de maio de 1943.

³³⁷ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 730, op. cit.

Era considerada como família numerosa somente aquela que fosse formada por oito ou mais filhos, brasileiros, até dezoito anos de idade, ou que fossem incapazes de trabalhar, vivendo em companhia e a expensas dos pais ou de quem os tivesse sob sua guarda, criando-os e educando-os. O abono iria decrescer à medida que os filhos fossem atingindo a idade de 18 anos e até que a família ficasse reduzida somente a três filhos menores dessa idade, seja por emancipação, morte ou limite da idade fixada. Quanto ao financiamento do benefício, no parágrafo único do Decreto-Lei ficava estabelecido que seria uma responsabilidade conjunta da União, do poder estadual e da prefeitura do município onde a família residia, atingindo respectivamente os valores de 50%, 40% e 10%.

O começo dos pagamentos dos abonos foi verificado em vários municípios piauienses a partir do final do ano de 1943.³³⁸ Em Campo Maior, por exemplo, a entrega dos primeiros benefícios ocorreu em uma solenidade que reuniu várias autoridades, entre as quais se destacam o prefeito, o fiscal do MTIC e o coletor federal, contando ainda com grande assistência.³³⁹ Isso era condizente com uma prática verificada durante o período do Estado Novo em que ocorria a encenação dos atos governamentais, transformados em grandes acontecimentos solenes que deveriam ser utilizados como material de propaganda política. Naquela ocasião específica, o prefeito, Ascendino Pinto, presidiu a cerimônia, defendendo que o benefício financeiro fosse investido no bem-estar das crianças. Também merece destaque a defesa do presidente como modelo de conduta e, ao mesmo tempo, merecedor de homenagens e veneração dos campo-maiorenses, em um ato explícito de tentativa de construção da imagem heroica do líder político:

Dissertando sobre essa monumental obra de caráter social, o Sr. Prefeito concitou os pais beneficiados a empregarem os abonos recebidos em seus filhos, para que um dia pudessem eles, seguindo as pegadas do grande condutor dos nossos destinos políticos, ao menos imitar suas altruísticas e patrióticas ações e iniciativas, ao mesmo tempo que os conclamou a ensinarem a seus filhos a prestarem tributos de veneração e respeito ao seu humanitário benfeitor, o Presidente Getúlio Vargas.³⁴⁰

Apenas o pai era mencionado como beneficiário nas concessões dos abonos, estando, portanto, de acordo com a função tradicional de chefe da família, mantenedor financeiro da esposa e dos filhos. Como uma forma de reforçar o papel masculino no núcleo familiar, a legislação também estabelecia no seu segundo artigo que, se a mãe exercesse, ou tivesse

³³⁸ ABONO familiar. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIII, n. 149, p. 12, 04 de dez. de 1943.

³³⁹ CERIMÔNIA de entrega do abono familiar em Campo Maior. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 24, p. 8, 26 de fev. de 1944.

³⁴⁰ Ibid.

exercido emprego público, suas vantagens pecuniárias seriam revertidas para o pai.³⁴¹ Iniciativas desse tipo acabavam servindo para fortalecer uma estrutura de organização familiar fundada em um modelo tradicional no qual o homem é o provedor da família, enquanto a mulher, mãe e esposa, seria a responsável pelo lar, exercendo as funções domésticas que estariam de acordo com o seu sexo. Quando muito, era até aceito que a mulher trabalhasse fora, contanto que fosse apenas para complementar a renda da casa, o que acabava contribuindo para manter o seu lugar subalterno. Com isso, é possível afirmar que a política do abono familiar não foi formulada meramente a partir de aspectos técnicos, mas de um modelo de organização familiar baseado nos papéis normativos de gênero.³⁴²

As cerimônias de concessão dos abonos, realizadas nos municípios piauienses, repetiram-se até o fim do Estado Novo, sendo que aumentou, gradativamente, o número de famílias que recebiam o benefício. Apesar disso, a quantidade de abonos fornecidos contemplava um número irrisório de assistidos. Embora não se tenha acesso aos percentuais de concessão, certamente uma grande parte das famílias piauienses não conseguia cumprir os vários critérios para que tivessem direito ao abono. O problema era que a distribuição do benefício ocorria apenas para famílias com oito ou mais filhos. Estabelecendo um tamanho ideal de família, partia-se de uma concepção marcadamente demográfica do problema, que acabava sendo mais relevante do que as condições de pobreza, pois famílias que tivessem menos filhos ficavam desamparadas.³⁴³ Isso ocorria apesar de a realidade socioeconômica apontar para a necessidade de medidas que combatessem as condições de pobreza.

Os princípios norteadores dos benefícios fiscais e financeiros previstos na legislação vigente no Piauí eram estimular o casamento entre pessoas jovens e estabelecer uma política pró-natalista, recomendando um ideal de família, embora no Brasil o nível da natalidade mostrasse que o costume da limitação voluntária da prole ainda não havia se difundido.³⁴⁴ A questão demográfica não era uma ameaça, pois se havia obstáculos para o casamento, estes eram de ordem econômica.³⁴⁵ O problema demográfico não se traduzia em baixas taxas de

³⁴¹ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 730, de 17 de novembro de 1943. Concede abono familiar. **Decretos do Piauí de 1943**. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

³⁴² De acordo com a perspectiva de gênero, a diferenciação entre os papéis feminino e masculino não deve ser justificada a partir de um determinismo biológico, mas analisada como uma construção cultural que foi produzida socialmente no contexto específico. A oposição que implica na hierarquização entre os termos feminino e masculino tem determinado os arranjos sociais de inúmeras sociedades, de tal modo que acabou por ser pensada como universal e, até mesmo, trans-histórica. SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez.1995.

³⁴³ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 730, op. cit.

³⁴⁴ O PERIGO da limitação da prole. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 146, p. 7, 5 de jul. de 1941.

³⁴⁵ SCHWARTZMAN, Simon; BOMENY, Helena; COSTA, Vanda. **Tempos de Capanema**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

natalidade, mas sim, na calamidade das cifras elevadas de mortalidade infantil, como foi abordado no capítulo anterior.

A Comissão Nacional para a Proteção da Família interpretou diferentemente esta questão, quando associou a concessão de benefícios materiais à natalidade, apesar do problema socioeconômico apontar para a emergência de políticas públicas para combater a pobreza. Essas determinações eram similares às ideias sobre a relação do Estado com a sociedade, que estavam em vigor nos países da Europa, sobretudo, a partir da década de 1920, naquilo que se refere às políticas sociais e demográficas. Na maioria deles, a questão demográfica foi agravada pela Primeira Guerra Mundial e reforçada pelo nacionalismo e expansionismo militar.³⁴⁶

Outra questão a considerar, é que os recursos financeiros do Piauí para as políticas públicas regidas pelo Decreto-Lei nº 730 eram insuficientes, e, por isso, não contemplavam grande parte dos necessitados. Embora tenham promovido certa transferência de renda para aqueles que recebiam os benefícios, o valor pago também não proporcionava alteração significativa das condições de vida, circunstância que também ocorria em outras unidades federativas.³⁴⁷ A importância desse documento assumiu, em larga medida, uma dimensão que era muito mais simbólica do que efetiva. No entanto, é importante observar que, se os dispositivos legais estiveram longe de resolver a questão social, acabaram refletindo o novo consenso segundo o qual a proteção da criança representava uma preocupação pública e que o Estado possuía o direito, bem como a responsabilidade de controlar a forma com que as famílias cuidavam de seus filhos.

Outra medida que traduziu a intenção de inaugurar uma política mais nítida de proteção à infância durante o período do Estado Novo, foi a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCR). O seu programa deveria ter uma dimensão ampla, atuando por meio da relação entre a União e as unidades federativas.³⁴⁸ Isso ficou estabelecido no artigo inicial do Decreto-Lei Federal nº 2.024 de 1940, que oficializou a criação do órgão.³⁴⁹ A iniciativa pretendia organizar a proteção à maternidade, à infância e à adolescência, estabelecendo condições que permitissem uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação da criança. Isso ocorreria mediante o cumprimento das medidas que objetivavam o desenvolvimento físico, a

³⁴⁶ MARTINS, Ana Paula Vosne. Dos pais pobres ao pai dos pobres: cartas de pais e mães ao presidente Vargas e a política familiar do Estado Novo. **Diálogos**, DHI/PPH/UEM, v. 12, n. 2/ n. 3, p. 209-235, 2008.

³⁴⁷ Ibid.

³⁴⁸ RIZZINI, Irma. Meninos desvalidos e menores transviados: a trajetória da assistência pública até a Era Vargas. In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: 2011. p. 225-286.

³⁴⁹ DECRETO-LEI Federal nº 2.024. Organiza a proteção à infância, à maternidade e à adolescência. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 46, p. 2-3, 26 de fev. de 1940.

conservação da saúde, do bem-estar e da alegria, assim como a preservação moral, visando à preparação para a vida adulta.

Com a legislação, também ficou estabelecida a subordinação do DNCr ao Ministério da Educação e Saúde (MES). Essa medida era significativa porque representava a conquista da autonomia administrativa em relação ao DNS.³⁵⁰ O DNCr foi transformado em órgão máximo de orientação, coordenação e fiscalização das atividades nacionais de proteção materno-infantil. Estando sob a direção de Olinto de Oliveira, um dos seus principais idealizadores, foi materializado um novo modelo de amparo que já estava previsto pela Constituição de 1937, mas que ainda não havia sido regulamentado. Com a criação do Departamento, ocorreu, enfim, a ampliação da intervenção do governo central sobre a problemática infantil, considerada suporte para o nacionalismo e responsabilidade dos poderes públicos desde os anos 1930.

De acordo com o décimo artigo do Decreto-Lei federal nº 2.024, todas as unidades da federação deveriam instalar divisões estaduais e repartições municipais, com recursos próprios e auxílio federal, todas destinadas ao estabelecimento de planejamentos e serviços concernentes à proteção de mães e crianças.³⁵¹ A legislação estabeleceu as bases para uma articulação dos órgãos administrativos relacionados com a problemática nas esferas estadual e municipal, assim como dos estabelecimentos ou serviços públicos já existentes e daqueles que seriam instituídos, com a finalidade de exercer qualquer atividade concernente ao amparo materno-infantil.

A Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência foi o primeiro órgão criado pelo governo do Piauí com a finalidade de viabilizar a proteção de mães e crianças, sendo que suas competências eram de promover, coordenar e fiscalizar as iniciativas a serem realizadas na área.³⁵² No entanto, somente em 1943, portanto, alguns anos depois da determinação federal, o Estado instalou a Divisão. Com isso, exercia a sua autonomia, inaugurando o órgão apenas quando teve melhores condições financeiras, disponibilidade de pessoal especializado, bem como interesse político de fortalecimento do poder local e atendimento das demandas da população pobre.

Pode ser verificada que a intenção intervencionista com relação à Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência ocorreu não somente no que se refere à criação do órgão, mas também na sua atuação. A Divisão deveria manter contínuo entendimento com o

³⁵⁰ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. **Humanitas**, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

³⁵¹ DECRETO-LEI Federal nº 2.024. Organiza a proteção à infância, à maternidade e à adolescência. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 46, p. 2-3, 26 de fev. de 1940.

³⁵² PIAUÍ. Decreto-Lei nº 690, de 01 de julho de 1943. Cria anexo ao Instituto de Assistência Hospitalar a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. **Decretos do Piauí de 1943**. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

DNCr, compartilhando planejamentos e enviando informações sobre as ações realizadas. As atividades deveriam ser desenvolvidas mediante a supervisão e a fiscalização do órgão nacional, condição para que a repartição piauiense tivesse direito aos auxílios financeiros.

Para o desenvolvimento de suas atividades, a Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência iria funcionar com um diretor e um assistente técnico.³⁵³ Os cargos deveriam ser preenchidos por médicos especializados em pediatria, revelando que, no Piauí, era observada a prática de preenchimento dos cargos burocráticos de saúde com representantes do setor médico. Verificamos, portanto, que a estrutura de funcionamento da Divisão era formada por um número irrisório de funcionários, o que parecia insuficiente para assumir com eficiência todas as amplas funções pelas quais deveria se responsabilizar.

Poucos meses após a instalação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência foi criado o DEC no Piauí.³⁵⁴ As alterações não ocorreram somente na denominação do órgão, o que permitia a identificação da sua vinculação com o DNCr, mas também em aspectos administrativos, que deveriam permitir uma melhor efetividade dos planejamentos e ações. A partir de 1944, todas as iniciativas que tivessem atuação específica sobre a maternidade e a infância, mas também sobre a adolescência, passaram a ser responsabilidade exclusiva do novo Departamento, que, localmente, estava subordinado diretamente à Secretaria Geral do Estado. As suas atribuições eram as seguintes:

a- manter entendimento, como único órgão autorizado e especializado no Estado, com o Departamento Nacional da Criança; b- coordenar, controlar, fiscalizar, cooperar e dirigir todas as atividades atinentes à maternidade, à infância e à adolescência, em todo o território do Estado; c- realizar estudos estatísticos e divulgações sobre tudo que se relacione com a maternidade, com a infância e com a adolescência; d- executar higiene e assistência médico-social, à maternidade, à infância e à adolescência.³⁵⁵

O DEC seria, a partir de então, a referência para a orientação dos planejamentos e iniciativas desenvolvidas no Piauí, pois possuía a função de centralizar as iniciativas públicas e particulares, subvencionadas ou não subvencionadas, referentes à defesa da maternidade, da infância e da adolescência, sobretudo, aquelas destinadas ao segmento social mais pobre. Sua atuação deveria ser ampla, realizando diagnósticos por meio de estudos estatísticos das condições de vida, no que se referia aos aspectos da saúde, condição financeira e educação. O órgão também deveria estabelecer uma atuação preventiva, divulgando informações para a

³⁵³ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 690, de 01 de julho de 1943. Cria anexo ao Instituto de Assistência Hospitalar a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. **Decretos do Piauí de 1943**. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

³⁵⁴ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 779, de 18 de abril de 1944. Cria o Departamento Estadual da Criança e dá outras providências. **Decretos do Piauí de 1944**. Teresina: Imprensa Oficial, 1945.

³⁵⁵ Ibid.

aquisição do bem-estar direcionado à clientela específica, além de promover o planejamento e a execução de serviços de higiene, atendimento médico e assistência social.

Para auxiliar o DEC, foi criado o Conselho de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência (CAMIA). Entre as suas competências estavam “[...] a- examinar questões relativas à maternidade, à infância e à adolescência; b- dar sugestões que lhe pareçam úteis à causa da criança; c- resolver os recursos interpostos ou tomar outras deliberações que lhe forem solicitadas pelos interessados e por intermédio do Diretor do DEC.”³⁵⁶ O CAMIA seria constituído pelo secretário-geral de Estado, que assumiria a presidência, como também pelos diretores gerais do DEC, do Departamento de Saúde, do Departamento de Educação e do Departamento de Imprensa e Propaganda, além do presidente do Instituto de Assistência Hospitalar e do juiz de menores. O Conselho tinha um caráter consultivo, e a sua relevância residia na composição heterogênea dos membros, fato indicativo de que no Piauí, a questão da infância era tratada de forma ampla, de modo a contemplar não somente as iniciativas no campo da saúde, mas incluir uma série de problemas subjacentes, como aqueles vinculados à educação, ao abandono e à delinquência.

No sexto artigo do Decreto-Lei de criação do DEC, ficou determinado que o órgão deveria ser dirigido por um médico pediatra. Antônio Noronha Almeida foi nomeado por Leônidas Mello para assumir o cargo, confirmando a preocupação com a competência técnica para o melhor exercício das funções burocráticas. O interventor relatou: “Entregue a médicos especializados, a organização do serviço de saúde pública neste estado tem merecido justos elogios de grandes autoridades no assunto.”³⁵⁷ Além do diretor geral, também existiam os cargos de diretor da Divisão Administrativa, bem como de diretor da Divisão de Higiene e Assistência Médico-Social, que também deveriam ser exercidos por especialistas. No Piauí, os médicos continuavam assumindo, de forma crescente, as funções de assessores, consultores e administradores, esquadrinhando os espaços sociais, discutindo os problemas e articulando as possíveis soluções das questões de saúde pública.

Quando os médicos defendiam a sua prática como sendo de inspiração para o futuro, isso representava não somente uma retórica inerente, mas denotava interesses e representava estratégias que poderiam ter como consequência a ampliação dos espaços nos órgãos públicos.³⁵⁸ O setor respondia ao chamado do regime político, que fornecia a missão de

³⁵⁶ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 779, de 18 de abril de 1944. Cria o Departamento Estadual da Criança e dá outras providências. **Decretos do Piauí de 1944**. Teresina: Imprensa Oficial, 1945.

³⁵⁷ LEÔNIDAS Mello: 9 anos de governo. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n.52, p. 9, 3 de maio de 1944.

³⁵⁸ PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil**: o presente no passado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

representante da consciência nacional, proporcionando possibilidade de integração aos governos. Portanto, a presença dos médicos nos postos burocráticos de saúde pública deve ser considerada no âmbito do projeto político do Estado Novo. Uma variada gama de aproximações, distanciamentos, e negociações poderiam ser estabelecidos, fazendo com que intelectuais mais ou menos simpáticos ao regime negociassem margens de liberdade.³⁵⁹ Deve ser considerado, principalmente, o interesse do Estado em manter vínculos com a intelectualidade para o seu benefício, bem como a necessidade dos intelectuais participarem de um novo espaço que oferecesse prestígio social, poder reconhecido e retorno financeiro.

4.3 O ESTADO, A FILANTROPIA E A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Até o início da década de 1930, a assistência à infância no Brasil ainda era executada, principalmente, por instituições privadas, não tendo ocorrido, até aquele momento, uma atuação sistemática e incisiva dos poderes públicos.³⁶⁰ A ampla dimensão das necessidades sociais fazia com que o Estado não tivesse como atendê-las sozinho, em virtude das dificuldades de planejamento e execução das ações, restrições quanto aos recursos humanos, além da dificuldade de financiamento exclusivo, sendo que as associações filantrópicas também não conseguiam realizar essas ações a contento sem a parceria dos governos.³⁶¹

As esferas públicas acabaram reconhecendo a relevância da contribuição particular por meio das iniciativas realizadas pelas associações. Com isso, regulamentaram seus fins sociais e passaram a prestar cooperação financeira, exigindo, em contrapartida, a assistência para a população pobre. Esse reconhecimento da questão social foi inovador porque, sem que a dimensão econômica fosse ignorada, foi tratada como uma questão política que somente poderia ser resolvida com a intervenção estatal.

Os poderes públicos recorreram às instituições filantrópicas não somente como uma referência para a formulação de suas políticas públicas, mas também como uma defesa da cooperação entre Estado e sociedade. Esta, talvez, tenha sido uma das características mais importantes da política social de Vargas que, se apoiando em um discurso populista, acabou reforçando, particularmente, na área materno-infantil, uma prática assistencial que, por um

³⁵⁹ GOMES, Ângela Maria de Castro. Cultura política e histórica no Estado Novo. In: ABREU, Martha (Org.). **Cultura política e leituras do passado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 43-63.

³⁶⁰ FONSECA, Cristina M. Oliveira. A Saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas, **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 97-115, 1993.

³⁶¹ MARTINS, Ana Paula Vosne. **O poder da benevolência: a participação das mulheres nas políticas do Estado Novo Brasileiro**. 2015 (Relatório de bolsa de pesquisa em produtividade apresentado ao CNPq).

lado, estimulava a filantropia e, por outro, reforçava o seu papel de benfeitor.³⁶² É possível perceber o quanto esta relação entre o público e o privado foi sendo construída ao longo dos anos 1930 e 1940, seja porque era impraticável atuar sem o setor particular, como ficou patente, sobretudo a partir do Estado Novo, ou porque isso ainda era indesejável para os formuladores das políticas públicas.

Ao contrário da Primeira República, os poderes públicos não mais hesitavam em realizar planejamentos e realizar intervenções na área social, pois a questão passou a ser um assunto que requeria atenção administrativa privilegiada, significando uma ameaça à ordem pública, ao próprio regime instituído e à segurança nacional. Daí a necessidade de construir um mecanismo legal que abrangesse o campo da assistência, mas que não fosse vinculado ao trabalho e à previdência social dos trabalhadores. Dessa forma, além das legislações, regulamentos e outras iniciativas administrativas vinculadas à responsabilização dos poderes públicos com os necessitados, constavam despesas com a assistência social, sob a forma de auxílios às instituições de caráter filantrópico.

O Estado se articulou ao setor particular fazendo-o semioficial, distribuindo verbas, e, ao mesmo tempo, buscando legitimação em troca de favores.³⁶³ Essa relação entre o público e o privado interessava aos dois lados. O Estado passaria a intervir em uma área que sempre estivera à parte, a assistência social, controlando o uso do dinheiro proveniente de fontes públicas, como as subvenções concedidas às instituições privadas. Além disso, a utilização dos recursos das associações desonerava o erário público. Em contrapartida, a beneficência privada passava a ter acesso aos recursos governamentais, desde sempre escassos e cobiçados. Inclusive, no Piauí, para que pudessem gozar de benefícios como donativos e subvenções estaduais, as associações deveriam realizar o registro como entidade jurídica e aprovar os estatutos que regulamentavam o seu funcionamento.³⁶⁴

Para a concessão de ajuda financeira às entidades particulares do país, inclusive, aquelas voltadas à proteção da saúde de mães e crianças no Piauí, o poder público federal teve que estruturar um sistema para a distribuição dos recursos. Inicialmente, isso ocorreu por meio de critérios pessoais do presidente Vargas, que assinava um decreto anual com a oficialização

³⁶² FONSECA, Cristina M. Oliveira. A Saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas, **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 97-115, 1993.

³⁶³ FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 33-96.

³⁶⁴ A SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 199, p. 4-5, 31 de agosto de 1939.

da relação das associações beneficiadas.³⁶⁵ Foi a criação da Contribuição da Caridade, taxa cobrada sobre a importação de bebidas alcoólicas, que permitiu a criação de um montante de recursos, que passou a ser distribuído por meio de cotas para as instituições assistenciais selecionadas entre aquelas que haviam requerido subsídios.

Visando à estruturação de critérios racionalizados para a distribuição dos auxílios, foi criada a Caixa de Subvenções em 1931. A perspectiva do seu funcionamento era estabelecer normas preventivas da burla e dos favores pessoais ou políticos na distribuição de recursos para as instituições assistenciais.³⁶⁶ No campo do discurso legal imperava a ideia pautada em decisões técnicas e procedimentos de racionalidade administrativa, a partir de uma dinâmica política pautada no rigor da organização e do mérito. O governo não criava um aparato de assistência pública com pessoal, recursos e projetos próprios porque não tinha como sustentar tal estrutura de funcionamento, devido às dimensões territoriais do país, mas teve condições de criar um aparato político que organizava e estimulava a assistência privada. Nesse sentido, a medida promovia o surgimento de um terceiro setor desvinculado do Estado, mas instituído de funções públicas.³⁶⁷

O objetivo da Caixa de Subvenções era auxiliar estabelecimentos de saúde, órgãos de natureza técnico-educacional, abrigos e serviços de nacionalização de ensino. Em virtude disso, ela alcançou amplas dimensões e, possivelmente, dada essa generalidade, não tenha encontrado paralelos na administração pública. Os subsídios contribuía para a criação e a manutenção de ambulatórios, hospitais, maternidades, creches, leprosários, institutos de proteção à infância e à velhice, asilos de mendigos, cegos e surdos-mudos, orfanatos, bem como estabelecimentos de ensino técnico que não eram custeados pela União, pelos poderes estaduais ou municípios. Para estarem habilitados ao recebimento dos benefícios, as entidades filantrópicas deveriam apresentar comprovação de funcionamento por mais de dois anos, de que não recebiam qualquer outra subvenção federal e nem dispunham de recursos para o custeio da assistência que pretendiam fornecer.³⁶⁸

No ano de 1935 foi regulamentado um novo órgão, tratava-se do Instituto de Amparo Social. Foi determinado no seu primeiro artigo que ele funcionaria a partir dos convênios que seriam estabelecidos com as unidades federativas, atuando no estudo, coordenação e aplicação

³⁶⁵ SIMILI, Ivana Guilherme. **Mulher e política: a trajetória da primeira-dama Darcy Vargas (1930-1945)**. São Paulo: UNESP, 2008.

³⁶⁶ Ibid.

³⁶⁷ GONÇALVES, Marcos. **As tentações integralistas: um estudo sobre as relações entre catolicismo e política no Brasil (1908- 1937)**. 2009. 364 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, 2009.

³⁶⁸ Ibid.

das medidas de assistência social.³⁶⁹ O Conselho Nacional de Assistência compunha o órgão, servindo para deliberar sobre as iniciativas assistenciais públicas e privadas. Um Conselho Estadual de Assistência deveria funcionar em cada unidade federativa, como também um Conselho Municipal de Assistência, deveria atuar, preferencialmente, em cada cidade. Apesar do funcionamento do Instituto, a Caixa de Subvenções foi mantida como instância máxima de deliberação da concessão de benefícios de assistência social.

O Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) entrou em funcionamento em 1938. A intenção foi criar um órgão de cooperação com atribuições mais precisas sobre a assistência social do que apenas as subvenções para as associações de filantropia.³⁷⁰ O CNSS tinha a atribuição de estudar os problemas sociais, elaborar um plano de assistência para o país e atuar junto ao governo e às entidades privadas, sugerindo modalidades de atuação para ampliar e melhorar as ações de assistência social. Suas atribuições eram mais amplas do que aquelas da Caixa de Subvenções, pois também atuava como um órgão de proposição de políticas públicas. Nesse sentido, a assistência e as políticas subsidiárias afetavam a justiça social com instrumentos que estabeleciam fronteiras imprecisas na relação entre os poderes públicos e as organizações privadas.³⁷¹

Também no Piauí, no início dos anos 1930, pela primeira vez, a intervenção dos poderes públicos locais na questão da assistência social passou a ocorrer de forma coordenada e centralizada, aspecto que adquiriu maior dimensão durante o período autoritário.³⁷² Muito mais do que um período de restrição de chuvas, o período de estiagem passou a ser percebido como um problema social, inserido nas redes de relacionamentos políticos e socioeconômicos, em que as condições de pobreza de uma parcela significativa da população nordestina eram gravemente acentuadas, convertendo-se em períodos de crise.

No Nordeste, durante o período de 1877 a 1932, estava sendo gestada uma nova percepção em relação à pobreza que a seca dava visibilidade.³⁷³ Isso também ocorreu no Piauí, pois embora já existisse uma população pobre que vivia em Teresina, a seca era um problema relevante porque ampliava o contingente de miseráveis dependentes de ajuda pública e

³⁶⁹ ESTATUTOS do Instituto de Amparo Social. **Diário Oficial**, Teresina, ano VI, n. 74, p. 4, 3 de abr. de 1936.

³⁷⁰ MARTINS, Ana Paula Vosne. **O poder da benevolência**: a participação das mulheres nas políticas do Estado Novo Brasileiro. 2015 (Relatório de bolsa de pesquisa em produtividade apresentado ao CNPq).

³⁷¹ GONÇALVES, Marcos. **As tentações integralistas**: um estudo sobre as relações entre catolicismo e política no Brasil (1908- 1937). 2009. 364 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, 2009.

³⁷² RELATÓRIO anual da Caixa Beneficente dos Mendigos de Teresina. **Diário Oficial**, Teresina, ano IV, n. 61, p. 2, 16 de mar. de 1934.

³⁷³ NEVES, Frederico de Castro. Getúlio e a seca: políticas emergenciais na Era Vargas. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 21, n. 40, p. 107-131, 2001.

particular em períodos de dificuldade para a sobrevivência. Uma grande parte da população era composta por pessoas cujas necessidades de sobrevivência implicavam demandas sociais variadas, como serviços de saúde, alimentos, moradia, medicamentos, roupas e educação.

Diante das limitações existentes e possibilidades disponíveis, os governos locais realizaram um programa de assistência aos retirantes. A questão era um problema dos mais complexos, que incluía desde a apuração exata dos verdadeiros necessitados, expurgando os aventureiros, até as formas mais eficientes de atuação. As ações não ocorreram somente no âmbito do trabalho, por meio da criação de vagas em obras públicas destinadas a ocupar a mão-de-obra desmobilizada, mas também de forma incisiva, na aquisição de alimentos, na regulamentação dos preços e no abastecimento dos produtos de primeira necessidade.

Somente na década de 1940, foi observado em Teresina um adensamento populacional mais lento, resultante de menores taxas de migração do que aquelas verificadas desde o final do século XIX, fato novo diante dos elevados índices verificados desde a fundação da cidade. Isso significou que os grandes fluxos de retirantes saídos do interior do Piauí e das unidades federativas vizinhas, não foram verificados, pelo menos a ponto de exigir medidas de assistência emergenciais. Apesar disso, por ser capital, Teresina continuava atraindo a população pobre em busca de saúde e trabalho, visando a melhores condições de vida.³⁷⁴ A cidade cresceu bastante e seus problemas sociais aumentaram na mesma proporção, estando vinculados ao caráter de subsistência dos grandes mercados consumidores e das relações de trabalho nas fazendas de gado, nos sítios, bem como nos carnaubais e babaquais.

A atuação das instâncias governamentais piauienses não estava sendo suficiente para enfrentar o problema da indigência e, com isso, elas passaram a defender, de forma categórica, a iniciativa particular. Um número crescente de associações filantrópicas foi criado na década de 1940 para amparar e assistir os desvalidos, quando passaram a receber maior orientação e financiamento público. Com isso, a relação do Estado com as entidades passou a ter como base a subvenção financeira, tanto para a criação, quanto para a manutenção dos serviços. Essa iniciativa surgiu como instrumento de normatização e controle social, convertendo-se em uma das respostas ao espetáculo da miséria que nem sempre representava uma tentativa de resolução dos problemas sociais, mas benevolência paliativa.³⁷⁵

³⁷⁴ NASCIMENTO, Francisco Alcides do. **A cidade sob o fogo**: modernização e violência policial em Teresina (1937-1945). Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 2002.

³⁷⁵ GONÇALVES, Marcos. **As tentações integralistas**: um estudo sobre as relações entre catolicismo e política no Brasil (1908- 1937). 2009. 364 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, 2009.

As práticas de amparo eram uma tendência, pois a assistência aos desamparados constituía motivo de preocupação dos governos que se consideravam civilizados ou almejavam chegar a esse estágio.³⁷⁶ A pobreza também atraía os desvelos particulares, e o Estado reconhecia o influxo desse espírito benevolente na moralização dos costumes públicos, para a construção de uma irmandade entre pobres e favorecidos da fortuna, auxiliando os desvalidos em suas necessidades de sobrevivência. Embora a capital do Piauí fosse mais favorecida pelos benefícios revertidos para as associações filantrópicas, foram verificados investimentos também nas entidades sediadas no interior. Entre elas, estavam a Caixa Beneficente dos Mendigos de Teresina, a Sociedade de Assistência aos Lázaros de Parnaíba, a Sociedade São Vicente de Paula de Floriano, a Liga Contra a Tuberculose de Teresina, o Rotary Club, presente em vários municípios, e a Associação Comercial de Parnaíba.

Na reorganização da assistência a partir de um quadro de valores humanitários, laicos, científicos e racionais, verificados a partir do começo do século XX, e configurados institucionalmente durante o período varguista, o discurso ideológico nacionalista apelava para a participação feminina na construção de uma nova ordem social.³⁷⁷ As mulheres foram chamadas a contribuir politicamente com o Estado, a partir do lugar e das competências que lhes eram próprias, envolvendo-se com o trabalho assistencial junto às populações pobres e aos necessitados. Portanto, se por um lado a ideologia da domesticidade restringiu e refreou as ambições femininas de conhecimento, de expressão e ação no espaço público, ao mesmo tempo, acenou com a possibilidade de participação na vida pública e no âmbito da política, por meio da assistência, um trabalho sancionado socialmente.

Não é possível afirmar categoricamente que a filantropia tenha um gênero, afinal, suas práticas não foram restritas às mulheres, sendo conhecidas as iniciativas de homens que se tornaram célebres pela assistência.³⁷⁸ No entanto, a partir de meados do século XIX, com a crescente participação de mulheres no trabalho benemerente e sua associação com o lugar de gênero formulado pela domesticidade, a filantropia passou a ser associada à feminilidade. As qualidades naturais das mulheres as habilitavam para as funções desempenhadas no lar, mas também se esperava, tanto do ponto de vista da religião, quanto da filosofia moral, que elas fossem estendidas para aqueles que sofriam e precisavam de cuidados. A atuação feminina nas instituições de assistência teve destaque, possuindo maior visibilidade a atuação das mulheres

³⁷⁶ ASSISTENCIA aos desamparados. **Diário Oficial**, Teresina, ano VIII, n. 20, p. 7, 27 de jan. de 1938.

³⁷⁷ MARTINS, Ana Paula Vosne. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, p. 15-34, dez. 2011.

³⁷⁸ Id. A feminização da filantropia. **Gênero**, Niterói, v. 15 n. 2, p. 13-28, 2015/1.

dos setores mais privilegiados, passando a contribuir na organização, execução e administração de programas de assistência social para amenizar as condições de vida dos desvalidos, dentre os quais se destacavam as mães e seus filhos.

Foi com a criação do DNCr que o modelo de assistência passou a preconizar um modelo de arranjo corporativo mais atuante, no qual os poderes públicos e a sociedade atuavam de forma mais efetiva no combate aos problemas que atingiam mães e filhos em condição de pobreza.³⁷⁹ Era sua função salvar a família para proteger a criança e, para tal, estava prevista a criação de uma rede de instituições, localmente dirigidas por organizações privadas e orientadas pelos preceitos científicos. O fim último destas instituições seria manter a estabilidade entre a família, o Estado e a sociedade, que, unidos, evitariam que a criança fosse atingida por ameaças.³⁸⁰ O órgão federal deveria atuar no esclarecimento da opinião pública, com a intenção de formar uma consciência nacional sobre a necessidade do amparo e, a partir disso, incentivar a sociedade a engajar-se no projeto, contribuindo efetivamente para o enfrentamento da questão materno-infantil.

A proposta implicava a participação ativa de certos setores sociais em especial, como os médicos, as autoridades públicas e os representantes das camadas sociais privilegiadas, especialmente as mulheres. Ao Estado caberia conceder subvenções às instituições assistenciais para a manutenção e o desenvolvimento de serviços de saúde, bem como fiscalizar a sua execução. O poder público não se eximia, assim, de seu papel regulador, mas contava com a parceria das associações privadas para concretizar os seus projetos. Dessa forma, quando, finalmente, passou a assumir o controle da assistência, o Estado encontrou organizado, em larga medida, um modelo de proteção à maternidade e à infância que já vinha sendo utilizado pelas instituições particulares há pelo menos meio século.³⁸¹

No Piauí, havia, na maioria das vezes, uma convivência entre as associações filantrópicas e de caridade, sendo que as ações públicas e privadas de assistência à maternidade e à infância eram bastante variadas. O programa consistia em “[...] amparar a mãe e o filho – esse binômio indispensável à vida de uma nação. As suas atividades se desdobram, portanto, no campo da alimentação bem orientada e sadia, na aquisição de hábitos de saúde, nos socorros

³⁷⁹ PEREIRA, André Ricardo. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 19, n. 38, p. 165-198, 1999.

³⁸⁰ RIZZINI, Irma. Meninos desvalidos e menores transviados: a trajetória da assistência pública até a Era Vargas. In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: 2011. p. 225-286.

³⁸¹ MARTINS, Ana Paula Vosne. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl.1, dez. 2011, p. 15-34.

á falta de agasalho e tecto, na conservação da saúde.”³⁸² A maior parte das iniciativas organizava, administrava e levantava recursos para programas sociais destinados a proporcionar serviços de saúde, instrução moral, religiosa e cívica, fornecer educação profissional, bem como proporcionar ajuda material para a sobrevivência ou melhoria das condições de vida.³⁸³

Era constantemente divulgado que, além de envolver os poderes públicos e os médicos, a iniciativa particular, deveria integrar o projeto de proteção que envolvia o amparo às crianças pobres piauienses. A assistência praticada nesse âmbito pretendia modelar a atenção para aqueles que eram marcados pela pobreza e exclusão social. Na área prioritária da saúde, a contribuição das associações de amparo tinha o objetivo principal de combater a mortalidade infantil. Nesse sentido, era necessário proteger higienicamente a criança por meio da aplicação das medidas eugênicas, ensinar as técnicas de puericultura para as mães, realizar a doação de alimentos, roupas, remédios, conceder abrigos, bem como oferecer serviços de saúde especializados em centros de saúde, hospitais gerais, maternidades, postos de puericultura e lactários, como será abordado no último capítulo. Essas medidas seriam necessárias para a sobrevivência infantil em um meio social em que predominavam os riscos à saúde associados à miséria, identificados pela falta de cumprimento das orientações de puericultores e pediatras.

Ocorreu uma melhor coordenação das atividades nas esferas públicas, sendo estabelecidas as bases para uma articulação entre os órgãos especializados, as associações de assistência e os estabelecimentos de saúde, por meio das divisões instaladas nas unidades da federação.³⁸⁴ Essa mudança foi verificada no Piauí, pois a partir de 1940, sobretudo, após a instalação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, bem como do DEC. A partir disso, passaram a ser criadas, tanto na capital, quanto nos municípios, não somente uma quantidade maior de associações filantrópicas visando à proteção da saúde materno-infantil, mas também foi observado um maior grau de organização, resultando em ações planejadas que repercutiam de forma mais efetiva no bem-estar do público atendido.

Entre as entidades particulares que atuaram na proteção à saúde materno-infantil no Piauí, destacaram-se a Associação de Proteção à Infância Darcy Vargas de Floriano, a Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Parnaíba, a Liga de Assistência à Maternidade e à Infância do município de União, a Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância da cidade de Piripiri, o Patronato Dom Barreto de Teresina, a Associação Beneficente

³⁸² A SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 199, p. 4-5, 31 de agosto de 1939.

³⁸³ MARCÍLIO, Maria Luíza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil. 1726- 1950. In: FREITAS, Marcos Cezar de (Org.). **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 53-79.

³⁸⁴ DECRETO Federal nº 2.024. Organiza a proteção à infância, à maternidade e à adolescência. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 46, p. 2-3, 26 de fev. de 1940.

Nossa Senhora do Amparo, também de Teresina, entre outras. No *corpus* documental pesquisado, constituído quase totalmente de fontes oficiais, verificou-se que a abordagem da assistência à saúde priorizou a atuação dos poderes públicos na proteção de mães e crianças, secundarizando a participação das associações particulares, bem como de seus filantropos e filantropas. Desse modo, as informações permaneceram mais restritas à forma de organização administrativa, verbas recebidas e pacientes atendidos, não sendo possível, portanto, abordar de forma específica como se deu a atuação dos sujeitos que se envolveram na filantropia, especialmente a participação feminina.

Uma dessas associações foi a Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Parnaíba, instalada em 1940 sob os auspícios do médico Mirócles Campos Veras, que ocupava o cargo de prefeito. Ela estava diretamente vinculada ao DNCr, pois ainda não existia um órgão de proteção estadual especializado na questão materno-infantil. A associação parnaibana parece ter sido a precursora no estabelecimento dos novos termos da parceria entre os poderes públicos e a iniciativa particular no Piauí, servindo como modelo para outras congêneres que foram criadas depois. As suas finalidades eram as seguintes:

a- velar pela saúde, o bem estar e as necessidades da infancia do município de Parnaiba; b- colaborar com os poderes públicos e particularmente com a Prefeitura Municipal no sentido de promover o mais eficientemente possível, em todo o município, o amparo á maternidade e á infância como preceituam as constituições Federal e Estadual; c- difundir o estudo da higiene, da puericultura e dos serviços sociais, sob os auspícios do corpo médico; d- promover festivais e angariar donativos para a instalação de consultorios, lactarios e outros serviços compatíveis com a finalidade da SOCIEDADE.³⁸⁵

A nova associação deveria colaborar com a proteção à maternidade e à infância, estabelecendo os serviços de saúde como foco de suas atividades. Foi observado o cumprimento da determinação que requeria o funcionamento das associações sob a coordenação dos poderes públicos, como uma exigência para a concessão de auxílios materiais. Isso ocorreu com a Sociedade de Proteção à Maternidade e Infância de Parnaíba, pois o governo estadual estabeleceu a subvenção anual no valor de Rs 60:000\$000, quantia paga em parcelas mensais para a associação recém-fundada.³⁸⁶ O patrimônio revertido para a realização dos projetos seria gerado, em primeiro lugar, por auxílio da prefeitura, em seguida pelas subvenções estadual e federal, depois pelas contribuições mensais dos sócios e donativos extraordinários e, em último lugar, com o resultado das contribuições resultantes de eventos festivos.

³⁸⁵ ESTATUTOS da Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Parnaíba. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 163, p. 6, 22 de jul. de 1940.

³⁸⁶ DECRETO-LEI Estadual nº 286. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 185, p. 3, 17 de ago. de 1940.

A associação possuía um corpo técnico, composto por médicos que residiam ou prestavam serviços em Parnaíba. Caberia a eles, além da organização científica do ambulatório e do lactário, ministrar instruções de prevenção das doenças a partir das referências em higiene e puericultura, que deveriam adquirir preponderância em relação à medicina terapêutica no atendimento de gestantes e crianças. A administração seria responsabilidade “[...] de uma diretoria composta de pessoas de um e outro sexo, eleita em conjunto, por escrutínio secreto, podendo ser reeleita.”³⁸⁷ No Piauí, era constantemente divulgado que, além de envolver os poderes públicos e os médicos, a iniciativa particular, inclusive a parcela feminina que tinha melhores condições econômicas, deveria integrar o projeto de proteção que envolvia o amparo às crianças carentes, com isso, a primeira diretoria escolhida pelas sócias e pelos sócios da associação parnaibana deveria ser mista.

O cargo de presidente de honra foi ocupado por Mirócles Veras, fato que foi justificado pelos serviços que prestou primeiramente como médico, e depois como prefeito, em prol da saúde materno-infantil. A diretora escolhida foi Arací Mendonça Clark, Delzira Sampaio Neves ocupou o cargo de vice-presidente, a primeira secretária foi Maria Stela Machado Bacelar, Felícia Delvizio Dezoudart era a segunda secretária e Angelica Rebêlo de Vasconcelos exercia o cargo de tesoureira, sendo todas elas representantes das famílias mais ricas e prestigiadas do município de Parnaíba. No entanto, o lugar de presidente de honra, não era apenas um título de reconhecimento, pois Mirócles Veras iria dirigir a sociedade juntamente com Arací Clark, deliberando sobre as decisões a serem tomadas.

A negatividade dos velhos estereótipos da “dama de caridade” ou “senhoras da sociedade” deu a sua parcela de contribuição para o esquecimento do protagonismo público feminino, diante da reprodução das características “naturais.”³⁸⁸ Certamente, para muitas dessas mulheres piauienses que ocupavam cargos de direção nas associações, ou, pelo menos, em certos momentos de sua atuação, engajar-se nas causas filantrópicas proporcionava um meio de obter o respeito e o reconhecimento social, por seu próprio esforço e não por mera identificação com seus pais e maridos. Com isso, poderiam fazer mais do que reproduzir uma estrutura social hierárquica e os previsíveis lugares subalternos de gênero, devendo ser consideradas as possibilidades criativas que, dependendo das circunstâncias, poderiam gerar

³⁸⁷ ESTATUTOS da Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Parnaíba. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 163, p. 6, 22 de jul. de 1940.

³⁸⁸ MARTINS, Ana Paula Vosne. **Reflexões sobre a memória e o esquecimento do protagonismo público de mulheres de elite**. 2015-2016 (Relatório apresentado ao CNPq como bolsista sênior de pós-doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense-UFF).

espaços positivos de reconhecimento social e de prestígio, legitimados por instâncias como o Estado brasileiro e as instituições masculinas.

A participação na administração das associações poderia representar uma posição de poder considerável. As mulheres tinham acesso ao controle e à distribuição dos recursos provenientes das doações privadas, dos poderes públicos e mesmo da venda de serviços para aqueles que podiam pagar.³⁸⁹ Elas negociavam com as autoridades governamentais, com outras sociedades e também com as pessoas que necessitassem dos variados serviços prestados pelas associações, detendo, também, o controle sobre os postos de trabalho e de voluntariado, disponíveis nas instituições de saúde geridas por elas, como lactários, hospitais, ambulatórios, maternidades e outras. A atuação masculina nos cargos de direção das associações poderia ser interpretada, inicialmente, como indicativo de altruísmo e humanismo, características que, supostamente, seriam adequadas para aqueles que exerciam a filantropia. No entanto, há que se considerar que os homens ocupavam posições condizentes com o papel que desempenhavam na sociedade, o que lhes conferia ainda mais poder e prestígio social.

Nos primeiros anos da década de 1940, também surgiram diversas associações privadas de caráter social em âmbito nacional, estando associadas a uma política social compensatória.³⁹⁰ Nesse contexto, pode ser destacada a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) em 1942. Ela representou a primeira iniciativa do Estado em assumir a assistência pública no interior do aparato governamental, tanto que sua estrutura foi organizada como um super ministério ou super secretaria, integrando serviços como a assistência à saúde, educação e habitação para os desvalidos.³⁹¹ Portanto, a instituição foi contemporânea da organização da assistência social, fundada de acordo com a racionalidade política dos Estados de Bem-estar, cumprindo padrões técnicos de investigação social, estratégias de ação e formação de recursos humanos.

Embora o objetivo inicial da LBA fosse ajudar na sobrevivência das famílias dos soldados enviados à Segunda Guerra Mundial, a associação acabou estendendo seu amparo aos necessitados em geral e, especialmente, às crianças. Tratava-se de uma sociedade civil com fins não econômicos, que tinha como finalidade congregar os brasileiros para a promoção de

³⁸⁹ TOMASCHEWSKI, Cláudia. Composição social dos irmãos e dirigentes da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil (1847-1922). In: SANGLARD, Gisele. et. al. **Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal**. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p. 55-76.

³⁹⁰ RIZZINI, Irma. Meninos desvalidos e menores transviados: a trajetória da assistência pública até a Era Vargas. In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: 2011. p. 225-286.

³⁹¹ MARTINS, Ana Paula Vosne. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 15-34, dez. 2011.

serviços de assistência social, prestados diretamente ou em colaboração com o poder público e instituições privadas.³⁹² A entidade estabeleceu um sistema de assistência nacional em que existia a iniciativa de centralização administrativa do núcleo decisório de instância superior sobre as divisões de assistência estaduais e municipais.

O Piauí também foi incluído nesse movimento por meio da instalação da Comissão Central Estadual da LBA, que tinha sede em Teresina. Em 1942, foi divulgada a sua atuação: “Podemos falar com desassombro do triunfo da Legião Brasileira de Assistência no Piauí. Todas as classes preponderantes da sociedade piauiense, de fato, acorrem e se solidarizam com os seus altos objetivos.”³⁹³ Apesar de ser uma representação oficial da LBA, foi verificado que existia maior apoio à iniciativa do amparo de mães e crianças, por parte do Estado, das prefeituras, dos profissionais médicos, das mulheres provenientes dos setores abastados, de representantes do comércio e da indústria, fazendeiros, diretoras de estabelecimentos de ensino, além do funcionalismo estadual e municipal.

Também foram criadas comissões nucleares e subcomissões da LBA em alguns municípios piauienses, mesmo os menores e mais pobres, aspecto que identifica a amplitude da integração particular em defesa da criança. Elas atuavam por meio de atividades direcionadas para o recolhimento de donativos, que eram enviados para o núcleo estadual, este decidia quais ações seriam realizadas em cada localidade, cumprindo com o planejamento realizado juntamente com a sede nacional. De acordo com as iniciativas promovidas pela LBA na área materno-infantil, que contribuíam para a assistência à saúde por meio da instalação de instituições, como postos de saúde, lactários, postos de puericultura e creches, era possível identificar a convivência dos dois conceitos de assistência: caridade e filantropia.³⁹⁴ No entanto, não era a caridade destinada ao suprimento de necessidades básicas e emergenciais, por meio de doações de roupas, alimentação e remédios, o objetivo principal da associação, mas a promoção social das crianças, inclusive por meio da saúde.

No Piauí, a Comissão Central Estadual da LBA funcionava sob a direção da esposa do interventor federal Leônidas Mello, Maria do Carmo Mello. Isso ocorreu porque Darcy Vargas pediu às primeiras-damas para que assumissem a coordenação dos trabalhos da LBA em seus respectivos Estados.³⁹⁵ Foi a sua atuação na presidência nacional que inaugurou o modelo para

³⁹² LEGIÃO Brasileira de Assistência: Estatutos. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 239, p. 5-13, 13 de nov. de 1942.

³⁹³ LBA no Piauí. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 222, p. 1, 15 de out. de 1942.

³⁹⁴ SIMILI, Ivana Guilherme. **Mulher e política**: a trajetória da primeira-dama Darcy Vargas (1930-1945). São Paulo: UNESP, 2008.

³⁹⁵ Ibid.

o primeiro-damismo brasileiro vinculado à assistência social, proporcionando capilaridade às iniciativas no território nacional. Nesse sentido, Darcy Vargas foi considerada uma pioneira, entre as esposas de políticos, atuando na criação de órgãos assistenciais pertencentes à estrutura do Estado. A organização da LBA e sua atividade de assistência social indicam como o Estado Novo acabou criando as condições para o que poderia ser chamado de cidadania feminina.³⁹⁶ Apesar de suas realizações serem, muito mais resultado das decisões políticas masculinas, deve ser considerado que as primeiras-damas que participaram das associações de assistência, também assumiram, em certa medida, o protagonismo dos projetos e das ações assistenciais, usufruindo, também, das parcelas de prestígio e de poder que lhes cabiam.

De fato, mesmo antecipando as políticas públicas de assistência materno-infantil e desempenhando papel importante na proposição de projetos de lei constitucionais, as mulheres não conseguiram participar das altas estruturas de poder do Estado, como ocorreu com as ativistas na Europa e nos Estados Unidos.³⁹⁷ Isso ocorreu apesar do ativismo feminino ter proporcionado importantes contribuições ao assistencialismo no Brasil. Foram os homens que desempenharam papel ativo à frente de projetos e campanhas, ocupando, frequentemente, os principais cargos, enquanto isso, as mulheres foram incorporadas, sobretudo, nas atividades de atendimento ou em cargos de segundo e terceiro escalão.

A criação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência em 1943, também deve ser destacada pelo seu papel de incentivo na criação de associações filantrópicas no Piauí. Tratando-se do primeiro órgão estadual especializado, iria atuar no registro, coordenação e fiscalização de todos os serviços prestados pelas instituições de proteção materno-infantis.³⁹⁸ No ano seguinte ocorreu a criação do DEC, que parecia ter funções mais amplas que a Divisão, devendo orientar a organização de estabelecimentos nos âmbitos estadual e municipal, cooperando com eles nos aspectos técnico e financeiro.³⁹⁹

Segundo o diretor geral do DEC, o pediatra Noronha Almeida, era função do órgão manter, em todo o Piauí, permanente campanha de proteção à maternidade e à infância. No entanto, para que isso pudesse ser viabilizado, seria necessária não somente a iniciativa do poder público estadual, mas também a adesão das prefeituras, que deveriam contribuir com a

³⁹⁶ BESSE, Susan K. **Modernizando a Desigualdade**: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil: 1914-1940. São Paulo: EDUSP, 1999.

³⁹⁷ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. **Humanitas**, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

³⁹⁸ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 690, de 01 de julho de 1943. Cria anexo ao Instituto de Assistência Hospitalar a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. **Decretos do Piauí de 1943**. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

³⁹⁹ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 779, de 18 de abril de 1944. Cria o Departamento Estadual da Criança e dá outras providências. **Decretos do Piauí de 1944**. Teresina: Imprensa Oficial, 1945.

organização da assistência.⁴⁰⁰ Segundo ele, também era necessário criar associações filantrópicas para que as ações de benefício à saúde fossem viabilizadas em cada cidade, povoado ou pequena localidade do Piauí. Os poderes públicos não poderiam atuar sozinhos, e a contento, sem a contribuição de uma rede de apoiadores particulares, pois, se por um lado seria inviável a organização de uma estrutura suficientemente ampla para estar presente em cada núcleo populacional do território piauiense, por outro, o Estado não teria condições para realizar o financiamento exclusivo das ações de assistência.

Somente teriam direito às subvenções do Estado e dos municípios, as associações particulares que, legalmente registradas, apresentassem anualmente um relatório de suas atividades referentes ao exercício do ano anterior, bem como a demonstração semestral da aplicação dos recursos recebidos. No entanto, independente do registro, ficariam sujeitas à fiscalização todas as organizações privadas e públicas, subvencionadas ou não, de amparo à mãe, à criança e ao adolescente. O DEC estabelecia, também, algumas regras que deveriam ser observadas a partir da organização das associações privadas.⁴⁰¹ Cada uma delas deveria ser composta por representantes de todos os setores sociais, sendo que o assistente técnico seria indicado pelo presidente, recaindo a escolha em um médico local. Outra condição, foi que o ato de fundação de cada associação, deveria ser comunicado ao DEC, para que as iniciativas fossem orientadas e controladas.

A partir da criação do DEC, houve mais incremento no número de associações criadas no Piauí. Elas recebiam a denominação de ligas ou sociedades, sendo que “[...] muito poderiam fazer, por toda parte, em benefício de inúmeras mães e criancinhas.”⁴⁰² Para isso, cuidariam de organizar e manter postos de saúde, creches, lactários e outros serviços especializados. Uma dessas associações foi a Liga de Assistência à Maternidade e à Infância (LAMI), do município de União. Fundada em 1944, nos seus estatutos constava que a finalidade dos associados era a promoção da proteção à mãe e à criança.⁴⁰³ O documento não trazia mais especificações sobre as áreas em que as ações seriam desenvolvidas, revelando que os objetivos da associação e sua forma de atuação ainda não estavam definidos quando ela começou a funcionar.

Apesar das orientações do DEC sobre a composição dos cargos superiores das associações, a primeira diretoria da LAMI foi composta apenas por homens de famílias

⁴⁰⁰ DOUTOR Antônio Noronha assume a diretoria do Departamento Estadual da Criança. **Diário Oficial**, ano XIV, n. 52, p. 12, 29 de abr. de 1944.

⁴⁰¹ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 779, de 18 de abril de 1944. Cria o Departamento Estadual da Criança e dá outras providências. **Decretos do Piauí de 1944**. Teresina: Imprensa Oficial, 1945.

⁴⁰² SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 127, p. 2, 17 de out. de 1944.

⁴⁰³ ESTATUTOS da Liga de Assistência à Maternidade e Infância de União. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 69, p. 8-9, 8 de jun. de 1944.

provenientes das elites locais, cargos que foram preenchidos por meio da eleição entre os associados.⁴⁰⁴ Nem mesmo a função de secretária, geralmente desempenhada por mulheres, por ser considerada tipicamente feminina, foi verificada na diretoria. A partir disso, pode ser afirmado que as determinações legislativas do governo estadual nem sempre eram cumpridas pelas associações particulares. No entanto, observou-se o cumprimento da orientação do DEC de que o diretor técnico fosse um médico do município, pois em União o cargo foi ocupado por Josué de Moura Santos, chefe da unidade sanitária local. Dessa forma, foi a afinidade de interesses que tornou possível a aliança com os médicos nas associações que forneciam serviços de atendimento à saúde.

Outra associação instalada no Piauí foi a Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância. Ela estava sediada na cidade de Piri-piri desde o dia 13 de outubro de 1944. Nos seus estatutos eram estabelecidos os vínculos com o DNCr, o DEC e a prefeitura municipal. Apesar de ser determinado que as associações de proteção que fossem criadas a partir daquela data, também poderiam atuar nos assuntos relativos à adolescência, essa não foi uma iniciativa da instituição filantrópica piri-piriense e, nem mesmo das outras do mesmo tipo criadas entre o final dos anos 1930 e meados da década de 1940. Isso poderia significar que, pelo menos, no Piauí, as iniciativas de amparo tiveram enfoque privilegiado na assistência materno-infantil. Isso pode ser identificado nas especificações dos objetivos da Sociedade:

a- velar pela saúde, o bem estar e as necessidades da criança, em todas as suas fazes, e da gestante; b- colaborar com os Poderes Públicos e particularmente com a Prefeitura Municipal no sentido de promover o mais eficiente possível a proteção à maternidade e à infância, como preceitua a Constituição Federal; c- difundir o estudo da higiene, da puericultura e dos serviços sociais por meio de cursos, exposições, palestras e outros meios de propaganda, sob os auspícios do Corpo Médico; d- construir e manter organizações destinadas a proteger e dar assistência à maternidade e à infância.⁴⁰⁵

Torna-se relevante observar que a primeira preocupação citada no documento, que estabelecia a regulamentação das atividades da entidade, era a difusão dos conhecimentos e técnicas de puericultura e higiene para as mães, visando manter a criança sadia. Esse fato revela a preponderância que o enfrentamento do tema, enfim, havia assumido no Piauí, inclusive no pequeno município, a partir das condições de gravidade da saúde de crianças doentes, desnutridas e raquíticas, alvos fáceis das moléstias contagiosas. Em virtude disso, era necessário

⁴⁰⁴ ESTATUTOS da Liga de Assistência à Maternidade e Infância de União. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 69, p. 8-9, 8 de jun. de 1944.

⁴⁰⁵ ESTATUTOS da Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Piri-piri. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 33, p. 7. 26 de mar. de 1945.

priorizar as medidas educativas destinadas à prevenção das doenças, sem descuidar do fornecimento dos serviços de assistência médica nos estabelecimentos de saúde, como será analisado no capítulo cinco.

É possível, ainda, observar uma mudança em relação à LAMI, pois a primeira diretoria da associação piripiriense teve composição mista. No entanto, os homens preenchiam os cargos mais importantes, como presidente, vice-presidente e tesoureiro, monopolizando um espaço de manobra de poder que normalmente era atrelado ao direito de tomada de decisões importantes. Enquanto isso os serviços de secretaria, limpeza, preparação de alimentos e enfermagem, além das visitas a domicílios pobres, organização de eventos para obtenção de recursos e incentivo para a adesão de novos sócios, deveriam ser realizados pelas mulheres voluntárias.

O espaço feminino naturalmente autorizado na Sociedade de Proteção à Maternidade e à infância era aquele que reforçava o ideário da mulher como aquela que definia a sua existência em cuidar e servir, sendo a filantropia feminina vinculada, principalmente, às qualidades consideradas naturais. A partir da representação da mulher que era mãe e rainha do lar, foi construída a imagem daquela que sempre estava disposta a levar conforto aos necessitados, estendendo para a esfera pública suas funções domésticas. Se, por um lado isso confirmava e também reforçava a estrutura normativa dos papéis de gênero, pois todas essas atividades eram consideradas como apropriadas à suposta natureza de cada sexo, por outro lado, se pode inferir que, apesar das funções que desempenhavam não serem na diretoria, certamente existiam oportunidades em que as mulheres poderiam contrapor-se, alterar a posição de desfavorecimento e criar oportunidades em que poderiam usufruir de maior autonomia e poder de decisão.

Outra associação que passou a atuar no Piauí depois da criação do DEC foi a Sociedade de Amparo à Infância (SAI). Fundada em 1945, tinha sua sede em Teresina. Segundo declaração de suas fundadoras, destinava-se “[...] a filantrópica associação, segundo as altruísticas bases em que foi criada, a prestar auxílio de natureza moral e econômica ao recém-nascido pobre, proporcionando-lhe enxoval e pequenas outras utilidades havidas como imprescindíveis aos bebês e suas mães.”⁴⁰⁶ Apesar de ser caracterizada como filantrópica, a atuação dessa entidade de proteção tinha fins caritativos, revelando que os dois tipos de assistência coexistiam nas associações piauienses de forma justaposta, como já foi visto, e também exclusiva, como neste exemplo. Ao contrário da maioria das associações criadas no Piauí, principalmente nos anos 1940, não havia intenção de modificação da condição das mães

⁴⁰⁶ SOCIEDADE de Amparo à Infância. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 97, p. 16, 11 de ago. de 1945.

e crianças pobres com a intervenção de saúde, mas, apenas, de auxiliar no provimento das necessidades básicas do recém-nascido com relação a itens de vestuário e higiene.

A direção da SAI também não contava com a presença de técnicos especialistas em saúde infantil, sendo composta, apenas, por mulheres provenientes de setores de elite da capital do Piauí. A primeira diretoria tinha como integrantes “[...] Creusa de Sousa Mendes, presidente; Maria Alice Pires Rebelo, Vice-Presidente; Zoé Daniel, 1º Secretário; Amália Nunes, 2º secretário; Alair Farias da Silva e Genu Aguiar, respectivamente com Primeira e Segunda tesoureira.”⁴⁰⁷ Também não existia registro de vínculos da SAI com a prefeitura da capital, o DEC e o DNCr. Para o sustento de suas atividades, a associação contava, apenas, com as contribuições particulares, que eram pagas mensalmente por suas associadas e associados e, para aumentar a renda, também eram promovidas festividades, cujos valores, somados às prendas e doações, eram revertidos para as práticas de amparo, não existindo referências sobre subsídios concedidos pelos poderes públicos.

Ao longo do capítulo, verifica-se que, no período de 1930 a 1945, ocorreu a realização de uma ampla reforma política no Brasil. Dessa iniciativa fazia parte a racionalização da administração, com a finalidade de obtenção da economia de funcionamento e eficiência da máquina estatal, não somente em âmbito federal, mas também nas unidades federativas. Com isso, sobretudo, no período autoritário, ocorreu a intensificação do processo de centralização a partir da eliminação de instituições representativas, mas, também, da reestruturação administrativa. O sistema de saúde, particularmente, naquilo que se referia à proteção materno-infantil, foi inserido nesse processo, que, a partir das mudanças no quadro político, acabaram adquirindo novos e amplos contornos. No entanto, é preciso considerar que, apesar da perspectiva centralizadora do governo federal, a organização administrativa da saúde, inclusive, no que se refere à questão materno-infantil, revelou a existência de relativa autonomia dos poderes públicos locais, pois as determinações centrais eram adaptadas às necessidades, interesses e condições existentes no Piauí.

Foi a partir da reestruturação da Diretoria de Saúde Pública e do Departamento de Saúde, que passaram a ser estabelecidas as condições favoráveis para a organização administrativa do amparo à saúde materno-infantil na política do governo estadual. No entanto, foi durante o Estado Novo que ocorreu a inauguração de uma política mais nítida de proteção e assistência especializada. Isso ocorreu a partir da criação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, assim como do DEC. A finalidade principal desses

⁴⁰⁷ DIRETORIA da Sociedade de Amparo à Infância. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 127, p. 8, 18 de out. de 1945.

órgãos era conceder as condições administrativas para a execução de iniciativas que tivessem como foco a preservação da vida infantil e o estabelecimento do desenvolvimento saudável. Isso ocorreria por meio de medidas profiláticas baseadas na puericultura, que deveriam assumir preponderância sobre o tratamento das doenças, sendo que as iniciativas em defesa da família, como também da mãe, faziam parte do planejamento.

A compensação do investimento na infância seria a formação de futuros cidadãos que produziram riquezas para a grandeza do país, objetivo para o qual todos deveriam contribuir. Para a efetividade do sistema de proteção à saúde de mães e crianças, não somente os poderes públicos do Piauí deveriam promover o planejamento e a execução de medidas de assistência, pois devido à amplitude do problema de interesse nacional, também a iniciativa particular deveria ser atuante. Os órgãos públicos de proteção materno-infantil, por sua vez, deveriam estimular, coordenar, orientar e fiscalizar a organização das associações privadas dedicadas ao atendimento de mães e crianças.

A condução política da sistematização da saúde pública no Piauí, tanto no âmbito público, como no privado, foi realizada prioritariamente pelos médicos, pois foram eles que passaram a ocupar os postos de comando na estrutura administrativa. Com isso, a Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, além do DEC, contavam com médicos na sua administração. Apresentando-se como o setor mais esclarecido sobre a questão da saúde, eles buscavam educar o povo e desenvolver ações em parceria com o Estado, fornecendo as diretrizes para a condução da política de saúde piauiense. Isso também foi verificado nos cargos de direção das instituições de saúde, inclusive, com a instalação e ampliação do sistema distrital e da assistência hospitalar, por meio de centros de saúde, postos de higiene, hospitais e lactários, tema que será abordado no quinto capítulo.

5 A ASSISTÊNCIA PÚBLICA ÀS GESTANTES E SEUS FILHOS: O SISTEMA DISTRITAL E AS UNIDADES HOSPITALARES NO PIAUÍ

Este capítulo analisa como a proteção à saúde de mães e crianças pobres foi realizada no Piauí mediante a parceria dos governos, principalmente do poder estadual, com o setor médico e a filantropia, visando à criação de estabelecimentos de atendimento, sobretudo, entre 1937 e 1945. Isso ocorreu porque a saúde era considerada como base para a grandeza nacional e, nesse contexto, a infância tornou-se elemento-chave do projeto político de construção de um futuro promissor para o país. Nesse sentido, os poderes públicos passaram a responsabilizar-se pela instalação, fiscalização, além do auxílio técnico e financeiro de instituições de assistência médica, ao contrário da Primeira República, quando as iniciativas eram mais restritas às iniciativas emergenciais, diante das epidemias.

Os atendimentos nas instituições de saúde, a partir da década de 1930, não se restringiam à terapêutica infantil, devendo priorizar a prevenção, por meio da orientação materna baseada na puericultura. Com isso, esperava-se alterar o que eram consideradas práticas viciosas, fundadas no conhecimento informal, responsáveis pelo agravamento da mortalidade infantil, principal problema de saúde a ser enfrentado no Piauí sob a gerência dos poderes públicos locais. Mais do que disponibilizar serviços de medicina preventiva e de clínica médica, reconhecia-se que era necessária a criação de mecanismos para integrar essas atividades, de modo a maximizar os esforços para a prestação dos atendimentos de saúde.

Inicialmente, ocorreu a instalação de estabelecimentos de atendimento geral, por meio de postos de saúde instalados em Teresina, mas, como essa assistência era limitada, delegacias de saúde foram criadas em alguns municípios do interior. Com a reforma da Diretoria de Saúde Pública foi criado um sistema de zonas distritais, nas quais os centros de saúde com atendimento especializado e os postos de higiene com clínica geral, agiram em conjunto, visando a um melhor atendimento para a população, inclusive gestantes e crianças. Também foi verificada a atuação do poder público estadual por meio de auxílios financeiros, orientação e fiscalização das iniciativas municipais e, sobretudo, da atuação filantrópica, na prestação de serviços nos hospitais gerais, bem como em maternidades e lactários.

A atuação federal intensificou as medidas de centralização do DNS com a formulação de regulamentos, códigos sanitários e legislação, que teriam o objetivo de padronizar os serviços de saúde locais, além disso, também previa a concessão de auxílios financeiros para a criação e a manutenção de instituições de saúde estaduais e municipais. Apesar disso, o que se verificou no Piauí foi a adaptação da normatização federal conforme as condições locais, como

a falta de pessoal especializado, as dificuldades para a organização administrativa e os recursos, que se mostraram insuficientes para a instalação e manutenção dos estabelecimentos de saúde, pois as verbas federais não eram relevantes, tanto no que se refere aos valores concedidos, quanto à sua regularidade. Em contrapartida, o que se verificou foi a relevância da contribuição filantrópica, das prefeituras municipais e, principalmente, do poder público estadual, para a instalação e funcionamento das instituições que atendiam gestantes e crianças. Além disso, os interesses dos interventores também contribuíram para a autonomia piauiense, pois apesar de representarem o governo federal, eles ampliavam e fortaleciam o próprio poder no interior, região na qual a população ainda estava submetida aos mandatários locais.

A primeira parte deste capítulo aborda como o governo estadual passou a atuar na instalação de postos e delegacias de saúde, visando à interiorização dos atendimentos que beneficiaram gestantes e crianças, valorizadas no projeto político. Em seguida, analisa-se como a reforma da Diretoria de Saúde Pública estabeleceu o sistema distrital com postos de higiene e centros de saúde, começando a disponibilizar serviços especializados para a proteção da infância. Posteriormente, é identificada a atuação do Estado e da iniciativa particular no funcionamento das clínicas obstétrica e pediátrica nos hospitais gerais. Finalmente, verifica-se como a filantropia permaneceu atuante na instalação e manutenção de estabelecimentos especializados em atendimento materno-infantil a partir da parceria financeira e técnica estabelecida com os poderes públicos locais, especialmente, com o governo estadual.

5.1 O ATENDIMENTO GERAL PARA MÃES E CRIANÇAS: POSTOS E DELEGACIAS DE SAÚDE

A importância do movimento sanitário foi muito maior no que se refere aos aspectos ideológicos do que na execução de ações, sendo influência relevante para as políticas públicas de saúde implantadas a partir de 1930.⁴⁰⁸ No contexto de inexpressividade dos serviços fornecidos no Piauí durante a Primeira República, o atendimento materno-infantil não se viabilizou de forma adequada pelo Estado, permanecendo esfera de atuação das instituições filantrópicas. Em 1930, a Diretoria de Saúde Pública voltou a ser responsável pelos serviços e, no ano seguinte, o interventor Landry Salles realizou uma ampla reforma que contemplou aquele órgão. Os serviços do Setor de Assistência Médica passaram a ser divididos em áreas clínicas, sendo realizados em hospitais filantrópicos, mediante realização de supervisão e

⁴⁰⁸ CASTRO SANTOS, Luiz A. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

fornecimento de subsídios pelo Estado. Os serviços do Setor de Saúde Pública, direcionados para as endemias e epidemias, eram realizados nos ambulatórios das respectivas inspetorias administrativas, cujos números constam nas tabelas abaixo:

TABELA 12 - MOVIMENTO DA SEÇÃO JOÃO VIRGÍLIO

Atendimentos	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Crianças	1.195	2.975	1.105	1.077	1.072	1.005
Mulheres	650	767	497	498	507	459
Homens	950	816	613	435	422	377

FONTE: Relatório do Estado.⁴⁰⁹

TABELA 13 - ATENDIMENTOS NO DISPENSÁRIO ARÊA LEÃO

Atendimentos	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Crianças	40	8	7	24	33	50
Mulheres	756	750	269	421	546	487
Homens	706	644	367	416	427	389

FONTE: Relatórios do Estado.⁴¹⁰

Os atendimentos referentes à tabela 12 eram de responsabilidade da Inspetoria de Saneamento Rural, fornecendo seus serviços na Seção João Virgílio, que funcionava em Teresina. Este ambulatório era especializado em casos de gastroenterite, verminose, impaludismo, tuberculose e outras moléstias.⁴¹¹ Esses eram os maiores flagelos da saúde do povo do Piauí que, além de infectar grande número de crianças, causava, muitas vezes, a morte prematura no primeiro ano de vida. Esse fato pode ser observado nos números superiores de atendimentos infantis, se comparado às clientela feminina e masculina, durante o período de 1932 a 1937.

Na tabela 13 estão os dados do Dispensário Arêa Leão, unidade de saúde da Inspetoria de Moléstias Venéreas e Lepra. O ambulatório funcionava na capital, o que dificultava o acesso aos serviços prestados, mesmo assim, vinham pessoas de todo o Piauí, e até do Maranhão e do Ceará, buscar atendimentos. Era atendida a clientela adulta e infantil com as doenças específicas, comumente a sífilis, endêmica no Piauí, mas, ao contrário da tabela 12, os números de atendimentos infantis eram menores, pois nas moléstias venéreas, o contágio inicial era intrauterino, mas não havia serviço pré-natal para as gestantes.

⁴⁰⁹ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1938**. Teresina: Imprensa Oficial, 1939.

⁴¹⁰ Ibid.

⁴¹¹ RELATÓRIO apresentado ao presidente da República pelo interventor Landry Salles Gonçalves referente ao exercício de 1931. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 58, p. 3, 09 de mar. de 1932.

Segundo o médico Vitorino de Assunção, uma organização sanitária de proteção à infância para ser considerada adequada, deveria compreender os serviços pré-nupcial, pré-natal, natal, neonatal, pré-escolar e escolar.⁴¹² A Diretoria de Saúde Pública responsabilizava-se, formalmente, somente pelos serviços de higiene infantil e médico-escolar, executando, no entanto, apenas a implantação da Inspetoria Médico-Escolar. O médico José Epifânio de Carvalho, chefe do órgão, informou a inauguração do Ambulatório Anti-Tracomatoso Seção Ribeiro Gonçalves, ocorrida em 1931, cujo cômputo dos casos de tracoma pode ser observado na seguinte tabela:

TABELA 14 - MOVIMENTO DO AMBULATÓRIO ANTI-TRACOMATOSO

Anos	Crianças	Mulheres	Homens
1931	278	45	25
1932	435	63	37
1933	289	63	26
1934	157	61	38
1935	81	21	18
1936	177	45	25
1937	153	32	30

FONTE: Revista da Associação Piauiense de Medicina.⁴¹³

Inicialmente, os atendimentos foram limitados aos doentes de tracoma, similares aos que existiram na década de 1920.⁴¹⁴ Depois, passaram a ser atendidas outras afecções oculares, como o glaucoma e a conjuntivite, mas o tracoma representava a maior parte dos doentes. De acordo com a tabela 14, pode ser verificado o atendimento ao público adulto, mas a clientela infantil que frequentava as escolas oficiais era preferencial. Os índices de contágio do tracoma entre as crianças eram bastante elevados em relação aos que eram verificados entre os adultos, como indicam os números da tabela. Após o diagnóstico, os pacientes ficavam registrados para a realização do tratamento, o que incluía a realização de curativos, aplicações de medicamentos e cirurgias. Esse tipo de atendimento geral pode ser justificado pelo fato de que as iniciativas de saúde pública no Piauí ainda estavam no seu início, assim o atendimento em saúde infantil ainda não era especializado.

De acordo com José Epifânio de Carvalho, os resultados atingidos pelo Ambulatório no início do seu funcionamento eram animadores, o que incentivou o prosseguimento do

⁴¹² ASSUNÇÃO, Vitorino de. Mortalidade infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 1, p. 10-21, 1939.

⁴¹³ CARVALHO, José Epifânio de. O tracoma no Piauí. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 2, p. 119-124, 1939.

⁴¹⁴ PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Sobre os Serviços Realizados em 1931 na Inspetoria de Higiene Escolar, Apresentado pelo Diretor José Epifânio de Carvalho. **Código de Saúde de 1931**. Teresina: [s.n.], 1932.

enfrentamento ao tracoma no meio escolar. Isso ocorria por meio da inspeção sistemática dos candidatos às matrículas, do isolamento dos doentes em classes especiais e do tratamento obrigatório. A inspeção dos alunos era realizada periodicamente, inclusive, em um relatório do diretor da Diretoria de Saúde Pública referente ao ano de 1932, foi informado: “Compareceram ao Posto os alunos da ‘Escola Modelo’ e dos grupos escolares ‘Antonino Freire’, ‘Abdias Neves’, ‘Barão de Gurguéia’, ‘Teodoro Pacheco’, ‘Mathias Olympio’, ‘Miguel Borges’, um total de 1.152.”⁴¹⁵ Além dos alunos, também era promovida a inspeção do pessoal docente e demais auxiliares que trabalhavam na educação pública.

A Inspetoria Médico-Escolar passou a proporcionar maior atenção aos escolares em 1936, não se restringindo apenas às enfermidades oculares, mas expandindo seus serviços para a detecção e tratamento das verminoses e do impaludismo, moléstias que tinham elevadíssimos índices de infestação. Apesar desses avanços, era preciso oferecer uma maior variedade de atendimentos, como afirmava o governador Leônidas Mello: “[...] há necessidade de serviços de Oto-rhino-laringologia e de exames feitos por médicos especialistas e de muitos outros recursos que estão sendo postos em prática nos meios escolares, apoiados nos modernos ensinamentos da fisiologia.”⁴¹⁶ Essa expansão começou a ser implantada no ano seguinte, sendo realizados exames e, inclusive, intervenções cirúrgicas de amígdalas e adenoide. Apesar disso, a Inspetoria realizou apenas o atendimento de doenças das crianças que tinham acesso à educação formal, enquanto isso, todo o contingente que estava fora das escolas não dispunha desse atendimento especializado.

Segundo o médico Francisco Freire de Andrade, chefe da Diretoria de Saúde Pública, o estado sanitário do Piauí era bom, principalmente devido ao seu clima quente e seco.⁴¹⁷ A não ser pelo impaludismo, que atingia as populações localizadas nas margens dos rios, brejos e terrenos alagadiços no começo e fim dos invernos, para ele, não se encontravam riscos frequentes de epidemias. No caso das verminoses, o povo estaria recebendo mais noções de profilaxia, embora a opilação fosse muito comum e de caráter endêmico. O tracoma existia em quase todo o Piauí, mas teria virulência atenuada. A tuberculose também fazia vítimas, mas, de acordo com ele, a condição climática verificada não seria propícia para o seu alastramento entre os piauienses.

⁴¹⁵ PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Sobre os Serviços Realizados em 1932 pela Diretoria de Saúde Pública do Piauí, Apresentado pelo Diretor Francisco Freire de Andrade. **Código de Saúde de 1932**. Teresina: [s.n.], 1933.

⁴¹⁶ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Mensagem Apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Piauí pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1936**. Teresina: Imprensa Oficial, 1937.

⁴¹⁷ CONDIÇÕES sanitárias: organização hospitalar e serviços de saúde no Piauí. **Diário Oficial**, Teresina, ano II, n. 272, p. 4, 7 de dez. de 1932.

O diretor também afirmava que, no começo dos surtos epidêmicos, eram tomadas medidas de segurança, como a distribuição de vacinas, a instalação de postos, bem como o envio de médicos e ambulâncias. Mas, ao contrário do que relatava Freire de Andrade de forma tão otimista, a saúde pública piauiense apresentava condição problemática. Isso ocorria devido às dificuldades de aplicação eficaz dos recursos financeiros, limitação de pessoal capacitado, falta de condições favoráveis para a organização administrativa e outros, empecilhos que impediam a viabilização de uma estrutura que funcionasse adequadamente nas unidades de saúde, inclusive daquelas que atendiam mães e crianças.

Como os serviços ambulatoriais regulares estavam concentrados na capital, o interventor Landry Salles planejou a ampliação do sistema de saúde pública para o interior, reformulando as funções das Delegacias de Saúde, existentes desde a Primeira República: “Pretendemos dividir o Estado em zonas ou circunscrições de saúde, pois nem todos os municípios têm médicos. De modo que pretendemos juntar ao município que tenha Delegado de Saúde, os municípios ou distritos que lhe fiquem mais próximos, já ligados por vias de comunicação e comércio.”⁴¹⁸ Cada unidade de atendimento seria instalada em um município escolhido pela sua localização privilegiada e melhores condições de desenvolvimento, atendendo a uma zona formada por municípios menores, povoados e localidades, com o objetivo de ampliar a disponibilização dos serviços para mais piauienses.

No início, foram instaladas Delegacias de Saúde nos municípios de Parnaíba, Floriano, Oeiras, Barras, Picos e Valença, estando localizadas estrategicamente de norte a sul do território piauiense. Apesar do pequeno número de estabelecimentos, certamente era um grande avanço, pois a capital deixou de ser um centro exclusivo de fornecimento de assistência pública à saúde. A iniciativa seria apenas o começo, pois, segundo o interventor, era intenção melhorar os serviços de saúde no interior, criando um maior número de delegacias, como ainda alguns dispensários. Além dos serviços terapêuticos dispensados aos doentes das moléstias contagiosas, acreditava-se que seria possível uma ação mais enérgica para combatê-las, por meio dos conselhos higiênicos, visando à educação sanitária, que deveriam ter centralidade na atuação dos profissionais de saúde.

De acordo com os relatórios enviados pelos médicos que dirigiam as Delegacias para a Diretoria de Saúde Pública, bem como dos relatórios do governo estadual para o Legislativo, foi possível identificar alguns aspectos sobre a condição da saúde infantil. Na Delegacia de Floriano, segundo Sebastião Martins, entre os óbitos verificados, chamava atenção o grande

⁴¹⁸ RELATÓRIO apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Landry Salles Gonçalves referente ao exercício de 1931. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 58, p. 3, 09 de mar. de 1932.

número daqueles que ocorriam na infância. A diarreia, em virtude do regime alimentar inadequado e da falta de higiene, era a doença que mais pesava no obituário.⁴¹⁹ O médico referia-se somente aos casos registrados, porque na zona rural dos municípios atendidos, a maioria das mortes infantis não chegava ao seu conhecimento. O problema da mortalidade infantil acabou adquirindo preponderância na Delegacia em que trabalhava o referido médico, fato observado nas práticas de outros profissionais que atendiam nos estabelecimentos congêneres espalhados pelo sertão do Piauí.

Com o prosseguimento da política sanitária, o Estado estabeleceu as bases para a execução de um plano mais extenso a partir de 1933. Ocorreu a elevação da Delegacia de Saúde de Parnaíba e da Delegacia de Saúde de Floriano à categoria de Dispensários, considerando a necessidade de ampliar os serviços.⁴²⁰ Em Parnaíba, o Dispensário contaria com um inspetor, dois subinspetores, dois enfermeiros e um auxiliar de microscopia, já em Floriano, o pessoal era mais reduzido com um inspetor, um subinspetor e um enfermeiro. Ocorreu, também, a ampliação dos serviços, com a instalação de outras unidades de saúde. Com isso, catorze Delegacias passaram a funcionar nos municípios de Valença, Picos, Piracuruca, Porto Alegre, União, Barras, Amarante, Piripiri, Campo Maior, Oeiras, Miguel Alves, Uruçuí, São João e São Raimundo Nonato. Apesar do esforço para a expansão, a assistência ainda não estava adequada às necessidades da população. Isso pode ser observado até mesmo no relatório de Manoel Sotero Vaz da Silveira, chefe da Diretoria de Saúde Pública do Estado:

Cumpre-nos accentuar que nos julgamos insuficientemente aparelhados no sentido de orientar este departamento dentro das normas aconselhadas pela moderna sciencia sanitária. Os próprios serviços de assistência não corresponsam á sua finalidade: os hospitaes, as delegacias de saúde, o asilo de alienados, são falhos de recursos technicos e materiaes. No povo não existe ainda verdadeira “consciencia sanitária”, por falta da devida educação hygienica. Precisamos de uma reforma ampla, á altura das idéas dominantes em matéria de saúde pública, cujo objetivo é “cuidar da saúde para evitar a doença”. Consideramos, tambem, de grande necessidade, a construção de um centro de saúde nesta capital e de um serviço de assistência à infancia.⁴²¹

Apesar dos investimentos realizados para ampliar a quantidade de unidades de saúde distribuídas no interior, o esforço ainda era insuficiente para o funcionamento adequado do sistema. As Delegacias de Saúde e os Dispensários possuíam poucos médicos e limitados recursos materiais, não conseguindo disponibilizar de forma efetiva, os serviços em toda a área

⁴¹⁹ PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Sobre os Serviços Realizados pelo Médico Sebastião Martins na Delegacia de Saúde do Município de Floriano em 1933. **Código de Saúde de 1933**. Teresina: [s.n.], 1934.

⁴²⁰ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 1.464, de 21 de julho de 1933. Eleva as Delegacias de Saúde de Floriano e Parnaíba à condição de Dispensários. **Decretos do Piauí de 1933** Teresina: Imprensa Oficial, 1933.

⁴²¹ PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado pelo Diretor Manoel Sotero Vaz da Silveira Sobre os Serviços Realizados em 1935 na Diretoria de Saúde Pública. **Código de Saúde de 1935**. Teresina: [s.n.], 1936.

que compunha cada zona de circunscrição. Na capital, a situação também não era a ideal e, apesar de ser referência, ainda não contava com um centro de saúde que forneceria serviços de saúde especializados, possuindo apenas alguns Postos de atendimento.

Também chama atenção a referência feita pelo diretor do Departamento de Saúde Pública sobre a necessidade da instalação de um serviço de assistência à infância em Teresina. Esse aspecto indicava a relevância que o assunto possuía entre as preocupações que visavam o fornecimento de uma saúde pública eficiente. Outra questão apontada foi o desvio da finalidade das unidades de atendimento, que consistia em cuidar da saúde para evitar a doença. A educação sanitária deveria ser a prioridade, embora isso não ocorresse no cotidiano, pois as pessoas somente procuravam a unidades de saúde, quando estavam doentes e, portanto, precisando de tratamento para se restabelecerem. Quando melhoravam, deixavam de comparecer às consultas, muitas vezes, não se submetendo às prédicas de prevenção.

Apesar da assistência à saúde infantil apresentar-se restrita aos serviços promovidos pela Inspetoria Médico-Escolar, pelos Postos de Saúde e Dispensário na capital, bem como pelas Delegacias de Saúde e Dispensários no interior, não existindo serviços especializados, a preocupação com as ações de proteção continuava se manifestando nas crises epidêmicas. Um exemplo disso é que em 1937 a Diretoria de Saúde Pública fez uma campanha pautada nas providências que deveriam ser tomadas, para que fosse evitada a propagação da poliomielite na fase infantil. Tratava-se de uma doença que já havia se espalhado por vários países da Europa e da América, chegando ao Brasil, onde foi identificado um surto no Rio de Janeiro. A preocupação dos médicos era esclarecer os sintomas para a rápida identificação dos casos que poderiam aparecer no Piauí e impedir o alastramento da moléstia com a orientação de medidas profiláticas de higiene:

Convém, quando houver suspeita de algum caso dessa doença, comunicar á Saúde Publica, para que esta cedo envie medico ou enfermeira para ver o tratamento do doente, ensinar a desinfectar as roupas e as vasilhas e todos os outros cuidados para que a doença não passe a outras pessoas da família, á vizinhança ou aos collegas de collegio. Todos os cuidados são poucos, porque a doença, quando não mata, deixa a criança com defeitos (paralysis) difficeis de serem corrigidos.⁴²²

Mediante a suspeição da doença, era necessário que o órgão de saúde pública fosse comunicado para a realização do diagnóstico, pois a moléstia era gravíssima, deixando as crianças com defeitos físicos, identificados com a paralisia e, mesmo, levando à morte. O Serviço de Profilaxia da Paralisia Infantil foi criado por meio da organização de sete Postos de

⁴²² POLIOMYELITIS e paralisia infantil. **Diário Oficial**, Teresina, ano VII, n. 202, p. 12, 9 de set. de 1937.

Saúde em pontos estratégicos da capital, localizados em estabelecimentos escolares, na Santa Casa de Misericórdia, na Diretoria de Saúde Pública e na Inspetoria Médico-Escolar.⁴²³ No entanto, nenhuma informação foi encontrada sobre as medidas tomadas nos municípios do interior do Piauí. Pouco tempo depois, a poliomielite já havia chegado ao Maranhão, sendo observada a continuidade das medidas de profilaxia no território piauiense, pois devido à proximidade geográfica era intenso o fluxo de pessoas, o que aumentava as possibilidades de contágio e disseminação da enfermidade.

Diante das iniciativas até então realizadas, a situação problemática da saúde pública piauiense continuou existindo. O próprio Leônidas Mello admitiu ser necessária uma radical modificação na estrutura administrativa para enquadrá-la nos padrões de organização técnica. Isso revelava a preocupação do governador com a criação de condições capazes de proporcionar uma organização mais eficiente para o funcionamento dos serviços na capital e também no interior, já que a estrutura existente não era adequada para atender de forma conveniente a população do extenso território do Piauí:

Infelizmente, porém, no interior do Estado os serviços de saneamento muito deixam a desejar. Zonas de grande população vivem ainda sem assistência sanitária ou são precariamente atendidas. As delegacias do interior, em numero reduzido, não podem estender o seu raio de actividade a toda a vasta extensão do nosso território. Sobre isso, há defficiencia de pessoal. Cada delegacia tem apenas, além do medico, um guarda. Devemos imprimir nova orientação aos nossos problemas sanitarios, dando-lhes sobretudo o cunho de acção preventiva, como obra de assistência social, melhor amparando, pelo desenvolvimento de medidas prophylaticas, a saúde da collectividade.⁴²⁴

Leônidas Mello ainda admitiu que, no interior piauiense, grande parte da população vivia sem assistência médica ou era atendida precariamente. Apesar da criação da Inspetoria de Moléstias Infectuosas, Epidemiologia e Serviços no Interior do Estado para coordenar os serviços fornecidos, as poucas Delegacias de Saúde em funcionamento não tinham como atender à demanda da população por atendimentos. Esta situação, que não era satisfatória, representava, todavia, uma melhoria caso fosse comparada aos serviços existentes há uma década, ou seja, embora a situação da saúde pública ainda não fosse ideal, certamente já significava um avanço considerável realizado em pouco tempo.

⁴²³ SAÚDE pública do Piauí: paralisia infantil. **Diário Oficial**, Teresina, ano VII, n. 204, p. 12, 11 de set. de 1937.

⁴²⁴ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Mensagem Apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Piauí pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1936**. Teresina: Imprensa Oficial, 1937.

5.2 A ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL ESPECIALIZADA NOS DISTRITOS DE SAÚDE

As mudanças realizadas pela Diretoria de Saúde Pública foram insuficientes para alterar o quadro de limitação da oferta dos atendimentos, inclusive, o Estado não contava com um serviço materno-infantil. Com a nova configuração adquirida em 1938, o novo órgão, denominado Departamento de Saúde, foi constituído como um centro de administração, coordenação e execução das atividades, sendo que, ainda, tinha preponderância um modelo de saúde em que o enfrentamento das doenças infecciosas era o foco. A nova organização passou a ser o sistema distrital, que pode ser observada a seguir:

MAPA 2 - DIVISÃO DISTRITAL DO PIAUÍ



FONTE: Diário Oficial.⁴²⁵

⁴²⁵ DEPARTAMENTO de Saúde. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 95, p. 87, 3 de maio de 1942.

O conceito de rede integrada do sistema distrital, organizado pelo DNS, realizava a integração orgânica entre as diversas unidades, evitando duplicação de funções.⁴²⁶ Tratava-se de um modelo que encontrava materialidade na rede horizontal de unidades que compunham cada um dos distritos. A definição de cada zona foi condicionada pela localização, facilidade de transporte e características nosológicas. Como pode ser observado no mapa 2, o Piauí foi dividido em três distritos com sedes nos municípios de Parnaíba, Teresina e Floriano. Com isso, o norte, o centro e o sul passaram a ser contemplados com três Centros de Saúde e dezesseis Postos de Higiene.

Ocorria que, no Piauí, a população estava dispersa em um território de grande extensão, devendo a administração enfrentar duras contingências para disponibilizar uma assistência à saúde eficiente.⁴²⁷ O principal problema era a questão financeira para a instalação das unidades de saúde, o que excluía muitos municípios, por isso a organização distrital era a mais adequada. Para o financiamento do sistema, além do investimento prioritário do governo estadual e o auxílio federal, foi criada a taxa de 5% sobre toda a receita arrecadada pelos municípios.

A principal instituição do sistema distrital deveria ser o centro de saúde, unidade polivalente de atendimento.⁴²⁸ Seria realizado o controle de doenças, a pesquisa epidemiológica e a estatística vital, mas a execução dos serviços de assistência sanitária deveria ter fins, sobretudo, profiláticos.⁴²⁹ Conforme a legislação estadual, esse tipo de unidade de saúde deveria oferecer os seguintes serviços: I- Administração, Registro e Estatística; II- Pré-natal; III- Higiene da Criança; IV- Tuberculose; V- Doenças venéreas; VI- Lepra; VII- Outras doenças transmissíveis; VIII- Saneamento e Polícia Sanitária; IX- Higiene da alimentação; X- Higiene do Trabalho; XI- Exames de Saúde; XII- Laboratórios; XIII- Enfermagem.⁴³⁰ Dessa forma, deveria ser inaugurado o atendimento especializado de gestantes e crianças a partir do pré-natal:

Destinar-se-á a atender às mulheres grávidas que serão submetidas a cuidadoso exame obstétrico, o qual deverá ser repetido nas consultas subsequentes e com intervalos progressivamente menores, até as proximidades do parto, e o exame post-natal para fiscalização da involução genital. Exames de urina, verificação de tensão arterial e reação de Wassermann serão praticas sistemáticas e regulares desse trabalho. Faz parte do serviço a instrução, auxílio e fiscalização das parteiras “curiosas”. Serão elas

⁴²⁶ CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

⁴²⁷ DEPARTAMENTO de Saúde. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 95, p. 87, 3 de maio de 1942.

⁴²⁸ BRASIL. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939.html>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

⁴²⁹ WEBER, Beatriz. Médicos e charlatanismo: uma história de profissionalização no Sul do Brasil. In: LINHARES, Mozart (Org.). **História, medicina e sociedade no Brasil**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. p. 95- 128.

⁴³⁰ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 144, de 12 de novembro de 1938. Aprova o regulamento para o Departamento de Saúde. **Decretos do Piauí de 1938**. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

inscritas no Centro de Saúde, onde receberão instruções pelo médico e pela enfermeira, e para onde deverão encaminhar as gestantes.⁴³¹

O Serviço de Higiene Pré-Natal do Centro de Saúde de Teresina, deveria viabilizar a ampliação da higiene maternal como um recurso valioso para reduzir a mortalidade de crianças e mães.⁴³² O descobrimento do maior número de gestantes era função da enfermeira visitadora, e, para isso, elas utilizavam listas de matrimônios da zona distrital. As grávidas eram fichadas para a primeira consulta, que consistia em exame clínico completo, consulta dentária, medição da pressão arterial, exame de urina e coleta de sangue, inclusive, com a realização da reação de Wassermann, para detecção da sífilis. Em seguida, elas eram encaminhadas para outro serviço especializado, conforme o diagnóstico médico inicial. Segundo Cândido Silva, médico que dirigia a unidade de Teresina, os atendimentos não contemplavam apenas as mulheres grávidas, mas também os casais que pretendiam casar-se, mediante a difusão do exame pré-nupcial, para evitar que fossem geradas crianças doentes. Com isso, a saúde infantil era, mais uma vez, articulada à problemática social, passando a ampliar o horizonte para questões relacionadas aos interesses do Estado.⁴³³

O Serviço de Doenças Venéreas fornecia tratamento para as mulheres grávidas portadoras de sífilis, gonorreia, cancro mole ou outras moléstias sexualmente transmissíveis.⁴³⁴ Com essa iniciativa, a intenção era proteger a criança no útero da mãe, dando-lhe as condições para a preservação da vida e o desenvolvimento saudável, conforme as referências da eugenia. Também havia a necessidade de exame dos filhos de pais e mães infectadas e, caso fosse detectada alguma moléstia, geralmente a sífilis, particularmente frequente e preocupante devido à gravidade das sequelas físicas e neurológicas, seria realizado o tratamento dos recém-nascidos, que poderiam ter chances de se recuperar totalmente, dependendo do cumprimento das prédições médicas.

Pode ser verificado, portanto, que a preocupação dos médicos era, prioritariamente, com a saúde da criança, sendo a mãe vista como um instrumento para este fim, por isso os atendimentos começavam durante a gestação e acompanhavam a vida infantil. Depois que fosse realizado o primeiro exame pré-natal, as gestantes eram orientadas quanto ao tratamento,

⁴³¹ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 144, de 12 de novembro de 1938. Aprova o regulamento para o Departamento de Saúde. **Decretos do Piauí de 1938**. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

⁴³² SILVA, Cândido. O Centro de Saúde de Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 1, p. 22-50, 1939.

⁴³³ MOURA, Esmeralda Blanco B. de. O fim, o meio e a forma: o Brasil desejado, a infância e a lei na Assembleia Nacional Constituinte de 1934. In: MOTA, André (Org.). **Infância & saúde: perspectivas históricas**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2009.

⁴³⁴ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 144, op. cit.

devendo voltar ao dispensário mensalmente nos seis primeiros meses e, semanalmente, daí por diante, para os reexames.

Era a enfermeira visitadora que fazia o acompanhamento domiciliar das gestantes. O ideal era que o parto fosse realizado em ambiente hospitalar, onde a mãe seria internada até o nascimento da criança.⁴³⁵ No entanto, isso parece não ter ocorrido com frequência, haja vista que as próprias visitadoras distribuíam para as grávidas os chamados pacotes obstétricos, contendo: fio, gaze, algodão, solução de nitrato de prata, álcool e iodo. Esse material deveria ser utilizado pelas “curiosas”, como eram chamadas as parteiras no Piauí, durante o parto realizado em casa. Elas eram inscritas no Centro de Saúde de Teresina, onde aconteciam reuniões para capacitá-las nos conhecimentos e técnicas de puericultura, com a finalidade de convencê-las a encaminhar o maior número de gestantes ao serviço pré-natal, proporcionando prêmios àquelas que se destacassem no cumprimento da tarefa, ou, pelo menos, orientá-las de acordo com as normas higiênicas para a realização do parto domiciliar.

Dessa forma, a prática de saúde pública no Piauí não foi sempre o simples embate direto dos médicos contra as práticas de parto e cuidados baseadas no conhecimento popular. Incluía, também, a busca de entendimento com as “curiosas”, visando ao esclarecimento e treinamento das mesmas conforme os conhecimentos científicos, além da cooperação para a adesão das mães aos serviços prestados nas unidades de saúde. Nesse sentido, as “curiosas” poderiam ser importantes agentes que colaborariam para a medicalização das mães, como um processo que aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina.⁴³⁶

O Serviço de Higiene da Criança também deveria fazer parte da assistência à saúde infantil nos Centros de Saúde de Teresina, Parnaíba e Floriano, sendo composto por três divisões, a primeira delas era de Higiene Infantil, que integrava os atendimentos para os lactentes de zero a dezoito meses de idade.⁴³⁷ O principal objetivo era combater a mortalidade das criancinhas com a profilaxia baseada na puericultura, a partir da ideia de que era preciso manter a criança sadia. Esse serviço deveria registrar os nascimentos ocorridos em cada distrito, mediante a atuação da visitadora, que preencheria uma ficha médica para cada nova família

⁴³⁵ SILVA, Cândido. O Centro de Saúde de Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 1, p. 22-50, 1939.

⁴³⁶ GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Revista Interface: comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

⁴³⁷ Em 1938, foi criado o primeiro serviço de assistência infantil do Piauí, funcionando na Casa Laranjeira em Teresina, junto ao Departamento de Saúde. Pouco depois, foi inaugurado o Centro de Saúde. ASSISTENCIA à infância no Piauí. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, p. 8, 31 de maio de 1941.

com o logradouro e as informações sobre os membros, mas também uma ficha de registro individual contendo os movimentos nos serviços.⁴³⁸

As visitadoras deveriam ensinar as mães a cuidar higienicamente de seus filhos, convencendo-as a abandonar as práticas de medicina popular e a levar seus filhos para serem consultados nos Centros de Saúde. Eram inscritas as crianças que não estivessem doentes e, nas vindas subsequentes ao serviço, deveriam ser atendidas alternadamente pelo médico e pela enfermeira. O objetivo mais importante nesse sentido era o de estabelecer a instrução materna acerca da alimentação correta, higiene e importância em buscar os serviços médicos, para que existisse o acompanhamento do desenvolvimento infantil, visando à prevenção de moléstias comuns na infância, como a gastroenterite, que gerava um quadro de desidratação e de desnutrição, que poderia, inclusive, provocar a morte.

Os Centros de Saúde piauienses estavam incluídos na iniciativa da saúde pública que seguia o modelo desenvolvido nos Estados Unidos, no começo do século XX. Entretanto, houve uma adequação às necessidades brasileiras, posto que lá era fornecida apenas a medicina preventiva, enquanto no país ela tinha que conviver, por causa da escassez de estabelecimentos de saúde, com a medicina curativa.⁴³⁹ Mas, esse não era o único motivo, como bem explicou o médico Miguel Jogaib, chefe do Centro de Saúde de Parnaíba: “Quem conhece o raciocínio do analfabeto facilmente percebe que esta gente tendo em sua casa a maioria dos filhos doentes, não vai deixar de trazê-los no Centro de Saúde, para trazer os bons.”⁴⁴⁰ Segundo ele, o papel do estabelecimento tinha de ser de intermediário, no sentido de auxiliar os pobres curando os seus filhos e, convencer da vantagem de continuar a trazê-los quando curados, para que os mesmos não tornassem a adoecer.

Outra seção que compunha o Serviço de Higiene da Criança era a Higiene Pré-Escolar, que procedia ao atendimento infantil a partir dos dezoito meses até os seis anos de idade. Ocorria uma triagem por meio de exames, sendo as crianças encaminhadas para os serviços de

⁴³⁸ Apesar do acompanhamento à gestante e à criança ser uma importante função do Serviço de Visitadoras, elas também atuavam nos atendimentos para o público adulto. Realizavam visitas domiciliares, assegurando o que, na técnica de saúde pública, se chamava de seguimento de casos, com a finalidade de acompanhar a correta administração dos medicamentos receitados pelo médico e realizar a coleta de material para exames. Fazendo isso, elas contribuíam para que os doentes não abandonassem o tratamento e retornassem ao centro de saúde para consultas, até o seu completo restabelecimento. SILVA, Cândido. O Centro de Saúde de Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 1, p. 22-50, 1939.

⁴³⁹ CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

⁴⁴⁰ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Diretor Miguel Jogaib Sobre os Serviços Realizados em 1943 no Centro de Saúde de Parnaíba. **Código de Saúde de 1943**. Teresina: [s.n.], 1944.

odontologia, otorrinolaringologia, oftalmologia e outros, caso necessário.⁴⁴¹ A vacinação era um recurso utilizado, sendo que o atestado era exigido para internação em estabelecimentos de saúde e matrícula em creches. Existia, ainda, um lactário no Centro de Saúde da capital, para o fornecimento de leite em pó, considerado um alimento que não poderia faltar na dieta infantil devido aos seus componentes nutricionais, essenciais para o desenvolvimento saudável.⁴⁴² Lá eram desenvolvidos também os trabalhos de higiene alimentar junto às mães, o que seria facilitado pela futura instalação de cozinhas dietéticas.

Finalmente, completando o Serviço de Higiene da Criança, existia a divisão de Higiene Escolar. Era especializada no atendimento ao ensino público primário, devendo realizar exames físicos das alunas, alunos, professoras e professores, antes de serem admitidos nas escolas, para detecção e tratamento de doença transmissível. Conforme Cândido da Silva, no Dispensário de Higiene Escolar do Centro de Saúde de Teresina “[...] o primeiro exame visa os pontos de vista clínico, antropométrico, higiene mental, estado dos dentes, dos olhos e da rino-faringe. E, quando preciso, serão os escolares enviados a outros serviços, inclusive ao laboratório para exame de sangue, fezes, etc.”⁴⁴³ Com o diagnóstico, deveriam ser criadas classes especiais para alunos com problemas de visão e audição, subnutridos e cardíacos. As crianças que já estudavam seriam periodicamente examinadas, além de passarem por instruções de educação higiênica para a profilaxia das enfermidades contagiosas. No entanto, não se dispõe de maiores informações sobre os atendimentos realizados nos Centros de Saúde da capital e do interior.

O atendimento ao tracoma foi assumido pelo Centro de Saúde de Teresina, que possuía o único serviço especializado do Piauí. Existiam dois focos do tracoma, sendo um na região central, ligado à infiltração cearense, atingindo inicialmente os municípios de Picos e Valença.⁴⁴⁴ O outro era na região sul, abrangendo a zona de São Raimundo Nonato até Uruçuí, que parecia ter se constituído a partir de imigrantes estrangeiros. O Ambulatório do Serviço de Tracoma registrou que, em 1939, a matrícula de pacientes excedia a do ano anterior. O total de exames realizados foi de 1.511, sendo diagnosticados 351 casos de tracoma, portanto, uma porcentagem de 23,22%. A incidência da doença era maior nas crianças, como sempre ocorria

⁴⁴¹ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 144, de 12 de novembro de 1938. Aprova o regulamento para o Departamento de Saúde. **Decretos do Piauí de 1938**. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

⁴⁴² Foi Moncorvo Filho que organizou a primeira Gota de Leite, instituição antecessora do lactário, com o objetivo pioneiro de distribuir leite de qualidade para crianças pobres. MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia no século XIX. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, 2006.

⁴⁴³ SILVA, Cândido. O Centro de Saúde de Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 1, p. 22-50, 1939.

⁴⁴⁴ CARVALHO, José Epifânio de. O tracoma no Piauí. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 2, p. 119-124, 1939.

na epidemiologia da doença. Entre os doentes, duzentos e sessenta e sete eram do Piauí, dois eram do Amazonas, quatro de Pernambuco, dezesseis do Ceará e sessenta e dois do Maranhão. A quantidade maior de maranhenses atendidos era verificada porque, naquele Estado, a contaminação era elevada, sendo agravada, pela deficiência dos serviços de saúde pública.

Pode ser observado que, com base nos dados crescentes de atendimentos no Centro de Saúde de Teresina, os serviços pareciam funcionar regularmente. Em 1938, a partir de novembro, quando foi inaugurado o Centro, foram 3.772 atendimentos. No ano de 1939 o número foi de 47.773, em 1940 foram 52.531, já em 1941 foram atendidas 61.045 pessoas, o ano de 1942 terminou com 66.569 atendimentos e em 1943 foram 70.980 pacientes.⁴⁴⁵ Contudo, essa tendência não era verificada nas instituições congêneres do interior do Piauí. Segundo o chefe do Centro de Saúde de Floriano, Sebastião Costa, como consequência da falta de estrutura de atendimento, o movimento de pacientes foi sendo reduzido com o passar dos anos.⁴⁴⁶ Em 1939 foram realizados 9.271 atendimentos, no ano de 1940 foram 4.632 pessoas atendidas e em 1942 apenas 1.757 pacientes receberam atendimento. O resultado disso foi o rebaixamento do Centro de Saúde de Floriano, que, em 1943, foi transformado em Posto de Higiene, apesar de continuar como sede do terceiro distrito sanitário.⁴⁴⁷

Enquanto isso, o médico Miguel Jogaib, chefe do Centro de Saúde de Parnaíba, foi mais enfático do que o seu colega de Floriano no relatório que enviou ao diretor do Departamento de Saúde do Piauí. Diante da situação encontrada quando assumiu o cargo em 1943, ele afirmou: “Em matéria de Saúde Pública tudo está por iniciar-se. A situação geral é a pior possível. O Centro de Saúde nada mais era do que um lugar onde se fazia Clínica Geral, isto é, um médico em sua mesa atendia amistosamente a todos que lhe procuravam, fornecendo-lhes as respectivas receitas.”⁴⁴⁸ Apesar de ser a sede do segundo distrito, o estabelecimento de Parnaíba não seguia o padrão federal de serviços especializados, como também ocorria em Floriano. O Centro de Saúde parnaibano sofria com escassez de médicos e de guardas sanitários, já o serviço de visitadoras, sequer existia. Também não dispunha de uma seção laboratorial para a realização de exames. Além de não existirem médicos especialistas, mas, apenas, um clínico

⁴⁴⁵ RELATÓRIO apresentado ao presidente da República pelo interventor Leônidas de Castro Mello, referente ao exercício de 1943. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 144, p. 1-10, 23 de novembro de 1944.

⁴⁴⁶ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Sobre os Serviços Realizados em 1942 no Centro de Saúde de Floriano, Apresentado pelo Diretor Sebastião Costa. **Código de Saúde de 1942**. Teresina: [s.n.], 1943.

⁴⁴⁷ RELATÓRIO apresentado ao presidente da República pelo interventor Leônidas de Castro Mello, referente ao exercício de 1943. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 144, p. 1-10, 23 de novembro de 1944.

⁴⁴⁸ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Diretor Miguel Jogaib Sobre os Serviços Realizados em 1943 no Centro de Saúde de Parnaíba. **Código de Saúde de 1943**. Teresina: [s.n.], 1944.

geral que restringia o seu trabalho ao exame físico, fornecimento de receituários e distribuição de remédios. Outra questão que teve destaque no relatório foi a condição da saúde infantil:

Em todas as cidades do Piauí a pobreza possuía as mesmas características. Há aqui grande Mortalidade Infantil ligada na sua quase totalidade a perturbações intestinais dependentes do desconhecimento da necessidade de obedecer-se ao horário da alimentação e também a precária e variada alimentação. Quando visto os atestados de óbitos, investigo sobre a evolução da doença responsável. Quase todas as respostas me levam a conclusão de que deve tratar-se de “Toxicose alimentar” e outros aparentando tratar-se de desenteria bacilar. É assustador o problema alimentar das crianças até 1 ano de idade.⁴⁴⁹

Apesar dos pedidos de auxílio ao diretor do Departamento de Saúde, Paulino Pinto de Barros, a situação do Centro de Saúde Parnaíba não teve alteração. Por isso, Miguel Jogaib justificou para Leônidas Mello seu pedido de exoneração do cargo, no qual permaneceu menos de um ano, afirmando que o Departamento de Saúde não dava atenção à unidade de saúde, apesar de todos os ofícios e telegramas enviados, que expunham sua situação de funcionamento.⁴⁵⁰ Relatou ainda Miguel Jogaib, que o órgão estadual não colaborava com o fornecimento de recursos, sendo que ele próprio era obrigado a comprar remédios indispensáveis e mandar realizar reparos emergenciais na estrutura física do estabelecimento. Isso era realizado com uma pequena verba municipal, embora o médico também tivesse empregado o próprio dinheiro.

Quando o projeto dos centros de saúde começou a ser viabilizado, era verificada uma estrutura que demonstrava a preocupação com a proteção materno-infantil. No entanto, diante da situação problemática de funcionamento dos Centros de Saúde do interior, os serviços especializados eram fornecidos apenas no Centro de Saúde de Teresina, que também possuía os seus limites de atendimento. Inclusive, demonstrando ter conhecimento dessa situação, o pediatra Olavo Corrêa Lima afirmou: “Há a necessidade de estender a assistência higiênico-social à infância a todo o interior do Piauí, tarefa para muitas gerações, difícil e dispendiosa, na qual a iniciativa particular é de valor inestimável.”⁴⁵¹ Ele reconhecia que a concessão da assistência às gestantes e crianças, somente teria condições de gerar resultados positivos, com os poderes públicos atuando junto à filantropia para a criação de estabelecimentos de saúde

⁴⁴⁹ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Diretor Miguel Jogaib Sobre os Serviços Realizados em 1943 no Centro de Saúde de Parnaíba. **Código de Saúde de 1943**. Teresina: [s.n.], 1944.

⁴⁵⁰ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Sobre as Condições de Funcionamento do Centro de Saúde de Parnaíba em 1943 por Ocasião do Pedido de Exoneração do Diretor Miguel Jogaib. **Código de Saúde de 1943**. Teresina: [s.n.], 1943.

⁴⁵¹ LIMA, Olavo Alexandrino Corrêa. Assistência à infância no Piauí. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, número especial, p. 12-16, 1941.

especializados, fato que começou a ocorrer no Piauí no final da década de 1930, como será abordado adiante.

Mas, a condição problemática da assistência materno-infantil não era “mérito” do Piauí, tanto que, segundo o médico piauiense Aduino de Rezende, chefe de Clínica Infantil do Hospital Arthur Bernardes, no Distrito Federal, a questão era nacional: “A assistência á maternidade e a infância no Brasil, ainda está num período muito rudimentar. Apenas esboçam-se uma serie de providencias no sentido de ser criado um sistema de organização capaz de assegurar de fato uma proteção eficiente á mãe e á criança brasileira.”⁴⁵² Nesse sentido, ele afirmou que, no tocante à assistência, não havia sido realizado nada de projeção no país, para que se pudesse dizer que este problema complexo e de grande importância, estivesse em véspera de ser solucionado.

Mas, além dos Centros de Saúde, também existiam os Postos de Higiene no interior do Piauí. Com a instalação do sistema distrital em 1938, passaram a funcionar dezesseis unidades nos seguintes municípios: Campo Maior, Piripiri, Piracuruca, Pedro II, União, Porto Alegre, Miguel Alves, Valença, Picos, Oeiras, Amarante, São João do Piauí, São Raimundo Nonato, Corrente, Bom Jesus e Uruçuí.⁴⁵³ As antigas Delegacias de Saúde foram transformadas em Postos de Higiene, funcionando apenas com um médico e um guarda sanitário. O profissional da medicina exercia o cargo de chefe do Posto de Higiene e, ao mesmo tempo, atuava como obstetra, puericultor, pediatra, médico escolar, epidemiologista, leprólogo, entre outros.

O médico deveria promover, prioritariamente, a educação higiênica, embora, na prática, as iniciativas terapêuticas tenham adquirido relevância maior, pois as pessoas procuravam atendimento apenas quando estavam doentes. Com isso, o desafio passou a ser articular a medicina preventiva e a medicina curativa, sendo que os guardas sanitários eram facilitadores dessa ação, aproximando o conhecimento científico do cotidiano das pessoas, graças às suas visitas.⁴⁵⁴ Por sua relação próxima com a comunidade, eles exerciam importante papel no processo educativo: o de persuadir, e não apenas reprimir violações dos princípios sanitários. Ao veicular valores, hábitos e atitudes, a educação higiênica serviria como instrumento de fortalecimento do Estado e de ampliação da autoridade pública local, constituindo-se em fator de construção da homogeneidade cultural das populações rurais.

⁴⁵² SERVIÇOS materno-infantis. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 149, p. 2, 4 de jul. de 1939.

⁴⁵³ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 123, de 14 de setembro de 1938. Reorganiza os Serviços Sanitários do Piauí e dá outras providências. **Decretos do Piauí de 1938**. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

⁴⁵⁴ CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

Tanto nos Centros de Saúde, quanto nos Postos de Higiene, o trabalho deveria ser padronizado em uma ficha de relatório mensal, baseada em outra, de registro diário, com a finalidade de possibilitar a comparação da produção de cada unidade e o cômputo anual do sistema distrital.⁴⁵⁵ No entanto, a entrega desses documentos pelos médicos não era cumprida integralmente por cerca de metade das unidades sanitárias. Segundo o chefe do Departamento de Saúde, das dezoito repartições existentes em 1942 “[...] somente 9, enviam, regularmente, relatórios dos serviços prestados. Na impossibilidade de tudo somar e de algo apresentar de interesse sanitário, deixamos de tabular as variações anuais dos serviços do interior.”⁴⁵⁶ Mesmo entre as instituições que enviavam os registros, existiam dados incompletos e informações contraditórias, além disso, as fichas padronizadas não eram sempre utilizadas, sendo, inclusive, criados novos critérios pelos chefes das unidades de saúde.

Diante disso, a organização completa dos dados de funcionamento dos Postos de Higiene foi uma tarefa que acabou se tornando inviável para o Departamento de Saúde. Se por um lado, a utilização das informações relativas à quantificação dos atendimentos revelou-se uma tarefa problemática, por outro os relatórios anuais identificaram as condições deficientes de funcionamento dos serviços no interior. Uma das razões mais importantes para que muitos médicos dos postos não enviassem os relatórios dos atendimentos foi informada em 1938, por Raimundo Mendes de Carvalho, que atuou no município de Porto Alegre:

Continuando a fazer novos pedidos de medicamentos, não fui atendido, e os fazia constantemente, mostrando a necessidade deste Posto e o fato de que sem os mesmos estava impossibilitado de fazer os referidos Boletins. Como é natural em toda parte, não havendo remédios a pobreza não procura o Posto, e os Boletins são a relação do movimento de medicamentos e doentes.⁴⁵⁷

Uma das queixas mais comuns dos médicos era que, não havendo medicamentos, os doentes abandonavam os Postos de Higiene, logo, não existia atendimento e, conseqüentemente, não havia como registrar os boletins para enviá-los para o Departamento de Saúde. De acordo com Francisco Ayres Cavalcante, que atuava no município de Amarante: “Convém assinalar que, devido a falta de vermífugos, o Posto de Higiene desta cidade, deixou

⁴⁵⁵ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 144, de 12 de novembro de 1938. Aprova o regulamento para o Departamento de Saúde. **Decretos do Piauí de 1938**. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

⁴⁵⁶ DEPARTAMENTO de Saúde. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 95, p. 87, 3 de maio de 1942.

⁴⁵⁷ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Raimundo Mendes de Carvalho Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Porto Alegre em 1938. **Código de Saúde de 1938**. Teresina: [s.n.], 1939.

de atender e medicar grande número de pessoas opiladas.”⁴⁵⁸ A ausência dos doentes não queria dizer que não existiam pessoas contaminadas, principalmente entre as crianças, que era o público preferencial desse tipo de moléstia, mas que os pacientes deixavam de buscar o Posto porque sabiam da falta desses simples medicamentos e, sua clientela composta por pessoas muito pobres, não tinha condições de comprá-los.

Diante das dificuldades do governo estadual em atender às demandas, os médicos faziam solicitações às prefeituras que, alegando precárias condições financeiras, não forneciam auxílios significativos. No relatório de 1942 do município de Porto Alegre, o médico Mariano Lucas de Sousa, afirmou: “Urge que V. Sa. tome as providencias cabíveis, afim de que, aqui, possamos desempenhar nossa elevada missão. Nossa unidade sanitária atravessa uma fase penosa em relação ao material que dispõe para atender a pobreza.”⁴⁵⁹ Dirigindo-se ao chefe do Departamento de Saúde, ele informou que a pequena verba paga pela prefeitura cobria apenas a despesa com álcool, algodão e éter. Não possuindo os medicamentos de urgência, por espírito de solidariedade, o médico chegava a comprá-los com os seus vencimentos.

Também o médico Agenor Martins de Araújo Costa, do Posto de Higiene do município de São João do Piauí, relatou que, apesar da necessidade da população, os atendimentos vinham apresentando uma tendência de redução, em virtude dos mesmos motivos apontados pelo seu colega de Porto Alegre. Segundo ele, “Em vez de se tratarem aqui, uns se sujeitavam a longas caminhadas a procura de outros postos, e outros, a maioria, os mais pobres, já desiludidos, vencidos pela dor e pelo sofrimento, ficavam à mercê da cruel natureza”.⁴⁶⁰

A vida da maioria da população pobre do sertão piauiense era constituída pelo grande e desamparado setor dos pequenos lavradores e lavradoras, que cultivavam a terra e criavam pequenos animais como forma de sobrevivência. Essas pessoas viviam abrigadas em casebres ordinários, construídos em lugares insalubres, expostos à inclemência das doenças, sem educação formal, mal vestidas e precariamente alimentadas. Em meio a essa população, cuja maioria era constituída de analfabetos, gente rústica e miserável, que não tinha o mais rudimentar princípio de higiene, as enfermidades encontravam um vasto e propício campo de contaminação e propagação, especialmente entre as crianças. Nesse sentido, o povo deveria ser

⁴⁵⁸ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Francisco Ayres Cavalcante Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Amarante em 1939. **Código de Saúde de 1939**. Teresina: [s.n.], 1940.

⁴⁵⁹ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Mariano Lucas de Sousa Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Porto Alegre em 1942. **Código de Saúde de 1942**. Teresina: [s.n.], 1943.

⁴⁶⁰ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Agenor Martins de Araújo Costa Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de São João do Piauí em 1941. **Código de Saúde de 1941**. Teresina: [s.n.], 1942.

educado sanitariamente, tarefa árdua, porque não estava familiarizado com a prevenção, sendo que somente essa prática poderia melhorar o seu estado de saúde.

A localização das unidades de saúde era importante em virtude da maior facilidade de acesso para os doentes pobres. Esse era um grande problema porque a locomoção era dificultada, não somente por causa das distâncias, mas também pela escassez de estradas. A região que tinham que percorrer até chegar ao destino era, muitas vezes, quente e seca, composta por terrenos íngremes, mata, lama, crateras e cursos de água. Essas condições traziam grandes dificuldades ao transporte dos doentes, realizado frequentemente em redes, jumentos e carroças. Os deslocamentos transformavam-se em viagens longas e sofridas, onde mulheres e homens pobres utilizavam os minguados recursos financeiros, além de perderem tempo de trabalho e terem que deixar os filhos sozinhos ou aos cuidados de outras pessoas.

Se não houvesse condições para viajar, a alternativa era resignar-se e esperar pela visita de um médico, quando poderia ser tarde demais. Por isso, no cotidiano, era comum que vizinhas e parentas ensinassem umas para as outras o conhecimento popular de remédios passados de geração em geração e, até mesmo, contassem com o auxílio de curandeiros ou rezadeiras. Inclusive, a dificuldade de auxílio médico era uma circunstância que contribuía para que as mães recorressem aos conhecimentos populares quando seus filhos ficavam doentes. Elas esperavam curar as doenças com o auxílio de chás, unguentos e xaropes de ervas preparados com mel ou rapadura, denominados “lambedores”.

Muitos outros chefes dos Postos de Higiene também reclamavam da insuficiência ou inexistência das boas condições de atendimento. O médico Raimundo Martins de Souza Santos, que atuava em Bom Jesus, relatou em 1941 que “[...] nenhum exame de laboratório se praticou, porque não dispomos de aparelhos e do material necessário.”⁴⁶¹ Já Adail Monteiro de Miranda, que atendia na unidade de Pedro II, também em 1941, afirmou que era preciso melhorar as condições de funcionamento, pois o posto não estava aparelhado satisfatoriamente para atender a cidade em que estava localizado, aos municípios próximos, bem como às respectivas vilas e zonas rurais. Dirigindo-se a Paulino de Barros, solicitou providências no sentido de ser fornecido o material indispensável à instalação de um consultório simples: uma mesa de ferro para curativos, bisturis, pinças e seringas, além de soros e vacinas para a profilaxia do tétano,

⁴⁶¹ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Raimundo Martins de Souza Santos Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Bom Jesus em 1941. **Código de Saúde de 1941**. Teresina: [s.n.], 1942.

da varíola e da difteria.⁴⁶² O mesmo médico informou que os diagnósticos eram feitos apenas com anamnese e exame clínico, pois não dispunha de laboratório de análises.⁴⁶³ Outra deficiência verificada nos Postos de Higiene era o reduzido quadro de pessoal. Cada unidade funcionava apenas com um médico e um guarda, desde a criação do sistema distrital.

De acordo com os relatórios enviados para o Departamento de Saúde, os tipos de doenças que atingiam a população pareciam ser as mesmas de norte a sul do Piauí. Tratava-se das verminoses, dos distúrbios gastrointestinais, do impaludismo, da sífilis, da gripe e do tracoma. No entanto, as crianças eram mais vulneráveis às enfermidades, já que seus frágeis organismos, muitas vezes, sucumbiam à morte ou, passado esse risco, as sequelas repercutiam no seu desenvolvimento, tornando-as anêmicas, subnutridas e raquíticas.

A principal moléstia com consequências fatais, especialmente no primeiro ano de vida, era a gastroenterite. Jacob Teixeira Castelo Branco, que trabalhava em Campo Maior, afirmou: “Anualmente se verifica nesta cidade, exatamente pelos meses de setembro, outubro, novembro e dezembro, uma síndrome disenteriforme endêmica, que determina grande numero de obitos, principalmente em crianças de 0 a 1 ano.”⁴⁶⁴ Nesse período verificavam-se temperaturas elevadas e ausência de chuvas, contribuindo para debilitar o organismo infantil, como já foi abordado anteriormente. Somente em 1944 o Posto de Higiene de Campo Maior passou a ter um lactário para colaborar com a administração correta da alimentação infantil, o que ocorreu também na unidade de Oeiras.⁴⁶⁵

O médico do Posto de Higiene da cidade de Pedro II, também afirmou em 1941: “A Gastro Enterite ceifou várias vidas de crianças menores de dois anos, sendo a causa primordial a subalimentação das mesmas, e a falta de educação sanitária das mães.”⁴⁶⁶ A maioria dos profissionais de saúde explicavam os altos índices de óbitos como resultado das moléstias gastrointestinais, em virtude da alimentação incorreta. Eram ministrados alimentos de baixo teor nutricional, em quantidades inadequadas, sem disciplina de horários e preparados sem

⁴⁶² PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Adail Monteiro de Miranda Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Pedro II em 1941. **Código de Saúde de 1941**. Teresina: [s.n.], 1942.

⁴⁶³ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Adail Monteiro de Miranda Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Pedro II em 1942. **Código de Saúde de 1942**. Teresina: [s.n.], 1943.

⁴⁶⁴ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Jacob Teixeira Castelo Branco Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Campo Maior em 1941. **Código de Saúde de 1941**. Teresina: [s.n.], 1942.

⁴⁶⁵ SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano XVI, n. 127 p. 1, 17 de out. de 1944.

⁴⁶⁶ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Adail Monteiro de Miranda Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Pedro II em 1941. **Código de Saúde de 1941**. Teresina: [s.n.], 1942.

condições de higiene. Situações que poderiam ser corrigidas, se as mães fossem instruídas nos conhecimentos de puericultura, condição especialmente difícil de ocorrer entre uma população pobre, com baixo ou nenhum nível de escolaridade, vivendo em precárias condições de salubridade e contando com serviços ineficientes de saúde.

Para agravar as dificuldades para o planejamento do enfrentamento da questão da mortalidade infantil pelo governo do Estado, os dados oficiais no interior pareciam estar distantes da realidade. Segundo o médico do Posto de Higiene de São João do Piauí, Agenor Martins de Araújo Costa, o obituário referia-se, apenas, aos sepultamentos no cemitério da cidade, mediante o registro civil.⁴⁶⁷ Os óbitos do resto do município que, de acordo com ele, eram cerca de oito vezes mais, ficavam sem oficialização, fato que se repetia em todo o Piauí. Portanto, essa condição interferia negativamente no planejamento dos poderes públicos para a solução do problema que atingia o público infantil de forma preocupante.

As crianças que estudavam o Curso Primário da rede estadual também era um público que preocupava os médicos dos Postos de Higiene. Segundo Ângelo Leite, que trabalhava em Valença no final da década de 1930, doenças como o impaludismo e a gripe atingiram epidemicamente a população das zonas urbana e rural, sendo suspensas as aulas das crianças por risco de contágio e consequentes complicações de suas condições de saúde.⁴⁶⁸ Adail Monteiro de Miranda relatou sobre o Posto de Higiene de Pedro II em 1942: “Também foi realizada a inspeção escolar no grupo da cidade, visando principalmente a conjuntivite tracomosa.”⁴⁶⁹ Em 1938, segundo Paulo de Tarso Ribeiro Gonçalves, foram realizadas inspeções sanitárias nas escolas de Oeiras, mas os outros municípios e localidades próximas continuavam sem dispor desse tipo de atendimento:

Grassa impiedosamente o tracoma nesse setor do município, e, não obstante contar com quatro escolas oficiais, jamais teve qualquer delas inspeção sanitária de caráter oficial. É tempo, pois, de a Saúde Pública mobilizar os recursos competentes, propondo-se erradicar, em campanha perseverante, do meio que quase já lhe é berço, a endemia tracomatosa que as primeiras imigrações nordestinas trouxeram às plagas piauienses.⁴⁷⁰

⁴⁶⁷ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Agenor Martins de Araújo Costa Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de São João do Piauí em 1941. **Códice de Saúde de 1941**. Teresina: [s.n.], 1942.

⁴⁶⁸ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Ângelo Leite Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Valença em 1938. **Códice de Saúde de 1938**. Teresina: [s.n.], 1939.

⁴⁶⁹ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado Pelo Médico Adail Monteiro de Miranda Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Pedro II em 1942. **Códice de Saúde de 1942**. Teresina: [s.n.], 1943.

⁴⁷⁰ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado Pelo Médico Paulo de Tarso Ribeiro Gonçalves Sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Oeiras em 1938. **Códice de Saúde de 1938**. Teresina: [s.n.], 1939.

Verificou-se que, no Piauí, existiam elevados índices de gestantes que passavam a gravidez sem atendimento médico, crianças debilitadas pelas doenças para as quais quase não existia assistência e elevados coeficientes de mortalidade infantil, sobretudo, nas classes menos protegidas pela fortuna. Tornar as crianças sadias e fortes, assim como evitar a pavorosa mortalidade, foram transformados em deveres formais e inadiáveis dos poderes públicos, mas, apesar dos esforços, a dificuldade para a realização de ações eficientes nesse sentido não parecia ser um problema que tivesse caráter apenas local.

A deficiência dos serviços de saúde voltados para a clientela infantil no Piauí também parecia ser verificada em âmbito nacional. Segundo Getúlio Vargas, o problema da infância era um dos problemas mais urgentes: “Pelo nosso vasto território, desde os centros urbanos aos pequenos núcleos de população, ainda não se conseguiu instalar uma rede eficiente de serviços de maternidade e amparo à infância, de útil e patriótica finalidade.”⁴⁷¹ Entre os problemas que existiam, a saúde era a mais grave porque estava em questão a conservação da vida infantil e o seu desenvolvimento pleno, aspectos considerados como referências para o futuro.

5.3 O FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS OBSTÉTRICA E PEDIÁTRICA NOS HOSPITAIS GERAIS

Com a criação do Departamento de Saúde, apenas em 1938, o governo do Piauí assumiu oficialmente a responsabilidade pela organização dos serviços de assistência médica hospitalar.⁴⁷² Afirmava-se que assim seriam assegurados os recursos com que salvaguardar a saúde e combater as endemias que haviam reduzido a capacidade econômica do Estado.⁴⁷³ O Instituto de Assistência Hospitalar do Piauí tinha a finalidade de melhorar as instalações hospitalares, criando ambulatórios e centros cirúrgicos mais bem aparelhados, de acordo com a situação nosográfica, geográfica, econômica e demográfica dos municípios.⁴⁷⁴ Cabia, ainda,

⁴⁷¹ VARGAS, Getúlio Dornelles. **O bem-estar e a saúde das mães e das crianças**. Discurso pronunciado no Palácio Guanabara em comemoração ao Natal, em 24 de Dezembro de 1939. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2014.

⁴⁷² A Divisão de Organização Hospitalar foi criada em 1941 para estabelecer a padronização, a normatização e o controle federal sobre as ações relativas à assistência médica nos Estados brasileiros. Deveria atuar na elaboração de um plano destinado à criação de uma rede de hospitais, começando pelos Estados do Norte e Nordeste. FONSECA, Cristina. **Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

⁴⁷³ ASSISTENCIA social. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 107, p. 12, 17 de maio de 1941.

⁴⁷⁴ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 360, de 2 de maio de 1941. Cria o Instituto de Assistência Hospitalar no Estado do Piauí. **Decretos do Piauí de 1941**. Teresina: Imprensa Oficial, 1941.

a administração dos hospitais estaduais, como também daqueles que fossem requisitados ou colocados pelos particulares à disposição do Instituto.

O Estado concederia auxílios para os estabelecimentos, desde que se submetessem à orientação, organização e fiscalização do Instituto de Assistência Hospitalar do Piauí. A partir da sua criação, os poderes públicos locais estabeleceram acordos com associações filantrópicas que quisessem colaborar com a prestação dos serviços hospitalares. A atuação estatal foi baseada no apoio para a instalação e concessão de verbas para o financiamento das unidades de saúde, propiciando melhores condições para sua criação e manutenção dos serviços para amparar e assistir os indigentes, entre os quais se destacavam mães e crianças. Como justificativa, o interventor Leônidas Mello afirmava que a assistência à saúde animaria o homem ao trabalho, despertando-lhe desejo de conforto e ideais patrióticos.⁴⁷⁵

A instalação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, como também do DEC, serviu para estimular a participação particular na concessão da assistência médica materno-infantil. As novas orientações pareceram servir para incentivar a realização de iniciativas, como a criação das clínicas obstétrica e pediátrica nos hospitais gerais, durante as décadas de 1930 e 1940, sendo subsidiadas pelos poderes públicos locais. Algumas das entidades filantrópicas, cuja organização foi abordada anteriormente, instalaram instituições de saúde com a disponibilização dos serviços especializados, mas destas, as únicas a que se teve acesso por meio das fontes, foram a Santa Casa de Misericórdia de Teresina, a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba e o Hospital São Vicente de Paula de Floriano. Funcionava também um hospital no município de Valença e estava sendo realizada a construção de um hospital municipal com cinquenta e quatro leitos em Piracuruca, além de outras iniciativas do mesmo tipo em vários municípios, instituições das quais não dispomos de maiores informações.⁴⁷⁶

De fato, os estabelecimentos filantrópicos foram os principais prestadores de serviços hospitalares no país até meados do século XX.⁴⁷⁷ No Piauí, os recursos de assistência médica foram fornecidos apenas pela iniciativa particular até o começo da década de 1940, sendo que a Santa Casa de Misericórdia de Teresina era a referência em atendimento.⁴⁷⁸ Em 1932 foi elaborada pelo governador do Piauí, João de Deus Pires Leal, uma nova regulamentação para o

⁴⁷⁵ POLÍTICA sanitária. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 193, p. 4, 30 de ago. de 1941.

⁴⁷⁶ RELATÓRIO apresentado ao presidente da República pelo interventor Leônidas de Castro Mello, referente ao exercício de 1943. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 144, p. 1-10, 23 de novembro de 1944.

⁴⁷⁷ TOMASCHEWSKI, Cláudia. Composição social dos irmãos e dirigentes da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil (1847-1922). In: SANGULAR, Gisele. et. al. **Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal**. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p. 55-76.

⁴⁷⁸ MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

funcionamento da instituição, que continuaria com sede e foro na capital, prestando serviços gratuitos aos enfermos desvalidos que a ela recorriam.⁴⁷⁹ A Santa Casa era administrada por um conselho administrativo chefiado por um provedor escolhido pelo governador do Estado, que deveria apresentar anualmente um relatório sobre o funcionamento da instituição, para que continuasse recebendo ajuda financeira. Não se obteve maiores informações sobre a atuação de filantropos e filantropas que dirigiam a Santa Casa, o mesmo ocorreu em relação aos outros estabelecimentos congêneres.

A situação de dificuldade financeira da Santa Casa de Misericórdia de Teresina era de crescente agravamento. Segundo o provedor, a redução da subvenção federal colaborou para isso, pois, até 1929, esse auxílio chegava a Rs 50:000\$00 e, a partir de 1933, esse total foi reduzido para Rs 10:000\$000, sendo que também não era regular.⁴⁸⁰ A condição da instituição se tornava mais crítica pela carência de doações privadas, pois ainda estava presente em parte considerável da população piauiense, a opinião de que os serviços de saúde concedidos para os pobres era responsabilidade, apenas, dos poderes públicos.

Diante da problemática, o auxílio financeiro do governo do Estado tornou-se a principal fonte de recursos da Santa Casa, ocorrendo constantes aumentos dos subsídios pagos anualmente. Em 1931, o valor foi de Rs 24:000\$000, mantendo-se até 1935. Em 1936, atendendo aos apelos do provedor diante do agravamento da crise na instituição, a Assembleia Estadual concordou com a proposta de aumento do subsídio para Rs 30:000\$000. De 1937 até 1941, o valor anterior teve um incremento expressivo, atingindo Rs 42:000\$000. Em 1942, teve um aumento de quase 100%, atingindo o total de Rs 84:000\$000. Além disso, também eram concedidos créditos suplementares para o atendimento de problemas emergenciais, como a compra de material para os atendimentos, distribuição de medicamentos, alimentação para os internados, além de reparos e ampliações na estrutura física da Santa Casa.⁴⁸¹

A instituição possuía duas salas de operações, um pensionato com cinco quartos, seis enfermarias com cinquenta e três leitos, e uma farmácia. Para a admissão gratuita era necessária a qualidade de indigência, mas também havia a seção de quartos para atendimento particular. Além das clínicas médica e cirúrgica, foi inaugurada a clínica obstétrico-ginecológica em 1930, pois os médicos, os irmãos e o Estado consideraram a necessidade de um serviço especializado

⁴⁷⁹ ESTATUTOS da Santa Casa de Misericórdia de Teresina. **Diário Oficial**, ano II, n. 30, p. 5, 4 de fev. de 1932.

⁴⁸⁰ PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado pelo Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina para o Diretor da Diretoria de Saúde do Piauí, Sobre as Atividades Realizadas no Ano de 1934. **Código de Saúde de 1934**. Teresina: [s.n.], 1935.

⁴⁸¹ Relatórios anuais dos provedores da Santa Casa de Misericórdia, legislação estadual, mensagens e relatórios do Estado.

para atender às gestantes, pelo menos enquanto não fosse instalada uma maternidade em Teresina. O serviço de proteção à mãe e à criança nasceu com a adaptação de uma das salas da Santa Casa de Misericórdia, estando sob a chefia de João Emílio Falcão Costa, médico obstetra, e seu assistente, Antônio Maria de Rezende Correia.⁴⁸²

A clínica obstétrico-ginecológica, destinada às gestantes indigentes, realizou em 1933 o total de 32 atendimentos, em 1935 o número aumentou para 46 pacientes, mas, no ano de 1937, apresentou uma pequena redução, chegando a 41 atendimentos. Em 1939 o número de gestantes foi de 120, ocorrendo nova elevação dos atendimentos, mas em 1940 foram apenas 101 mulheres atendidas.⁴⁸³ Um fator que possivelmente contribuiu para as alterações nos números de atendimentos, que se mantiveram baixos, deve ter sido a redução da capacidade financeira da instituição, restringindo a disponibilização dos serviços. Isso ocorreu apesar dos constantes aumentos dos auxílios concedidos pelo governo do Estado, que se mostraram insuficientes.

Com isso, foram necessárias algumas medidas para equilibrar despesa e receita, como a redução de quase metade dos leitos de internação, para que pudessem ser custeadas a alimentação e o tratamento, não somente para as gestantes, mas para o público em geral. Embora não haja números, o provedor relatou que era crescente o número de indigentes, que procuravam o estabelecimento em busca de tratamento.⁴⁸⁴ Com isso, a Santa Casa deixava de atender muitos daqueles que necessitavam dos serviços de saúde e tinham nessa instituição o último recurso, senão o único, diante das enfermidades.

Além disso, pelo menos até os anos 1940, era comum que as mulheres dessem à luz em casa, ocorrendo nos hospitais só em casos extremos, sobretudo por mulheres consideradas desclassificadas socialmente por serem pobres, portanto, sem condições de chamar um médico em casa.⁴⁸⁵ A maioria das gestantes pobres procurava atendimento no momento do parto, quando a condição de saúde estava agravada após as intervenções sem sucesso das curiosas. Chegando à Santa Casa, eram avaliadas pelos médicos obstetras que escolhiam o procedimento mais adequado para cada caso. As mulheres de camadas médias e dos setores mais privilegiados

⁴⁸² A partir dos anos 1930 começaram a chegar os primeiros especialistas em obstetrícia no Piauí. Antes disso, os atendimentos às gestantes eram realizados por clínicos gerais. DEUS, Maria Castelo Branco Rocha de. História da ginecologia. In: SANTOS JÚNIOR, Luiz Airton (Org.). **História da medicina no Piauí**. Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003. p. 265-276.

⁴⁸³ ANIVERSÁRIO de dez anos de governo Leônidas Mello. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 49, p. 11, 03 de maio de 1945.

⁴⁸⁴ PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado pelo Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina para o Diretor da Diretoria de Saúde Sobre as Atividades Realizadas no ano de 1937. **Código de Saúde de 1937**. Teresina: [s.n.], 1938.

⁴⁸⁵ AMARAL, Marivaldo Cruz do. Mulheres, imprensa e higiene: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, out.-dez. 2008, p. 927-944.

pariam seus filhos nos domicílios, sendo assistidas por parteiras, pois o espaço hospitalar não era considerado adequado para elas. Caso o parto se complicasse, o médico era, então, chamado ao domicílio.⁴⁸⁶ Muitas mulheres possuíam reservas com relação a mostrar o corpo a um homem estranho, afinal a presença de familiares da parturiente no momento do parto era muito comum, uma vez que ainda havia uma série de desconfianças e desconfortos em deixar um médico cuidar de uma mulher.

Segundo Renato Ferreira Paz e Ursulino Veloso de Sousa Martins, médicos obstetras que trabalharam na Santa Casa de Misericórdia de Teresina, a intervenção mais comum realizada por eles era a versão do bebê com manobras externas, visando colocá-lo na posição adequada para a realização do parto normal, além do uso do fórceps para auxiliar no nascimento.⁴⁸⁷ As cesarianas eram realizadas sob anestesia, com éter ou clorofórmio, mas esse tipo de intervenção era raro na década de 1930. Os médicos tinham receio de fazer essa cirurgia devido ao perigo que representava, pois a infecção no período puerperal provocava mortalidade materna elevada diante da falta de acesso a medicações eficazes.

No começo da década de 1940 foi, enfim, criado um ambulatório de pediatria e puericultura sob a direção do médico Olavo Corrêa Lima na Santa Casa de Misericórdia de Teresina.⁴⁸⁸ Esse serviço prestava assistência aos recém-nascidos, antes realizado pela clínica obstétrico-ginecológica, além de atender às crianças das outras faixas etárias.⁴⁸⁹ O governo do Estado visava solucionar uma deficiência no atendimento infantil, pois, apesar, da existência de uma seção de pediatria e puericultura no Centro de Saúde de Teresina, era constante na Santa Casa a chegada de crianças doentes vindas não somente da capital, mas também do interior do Piauí e de alguns municípios do Maranhão e do Ceará.⁴⁹⁰

A criação do novo ambulatório também foi necessária porque, mesmo que os obstetras tivessem condições de atender a patologia do recém-nascido, seria inadequado à sua especialidade o tratamento das crianças de outras idades. Isso revelava que a valorização da

⁴⁸⁶ MOTT, Maria Lúcia. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). **Cadernos Pagu**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 199-234, 2001.

⁴⁸⁷ PAZ, Renato Ferreira; MARTINS, Ursulino Veloso de Sousa. História da Maternidade São Vicente. In: SANTOS JÚNIOR, Luiz Airton (Org.). **História da medicina no Piauí**. Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003. p. 127-130.

⁴⁸⁸ Apenas na década de 1930 foi registrada a chegada dos primeiros médicos pediatras no Piauí, como Antônio Noronha Almeida e Olavo Alexandrino Corrêa Lima. MACEDO, Antônio da Silva. História da pediatria. In: SANTOS JÚNIOR, Luiz Airton (Org.). **História da medicina no Piauí**. Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003. p. 277- 286.

⁴⁸⁹ AMBULATÓRIO de pediatria e puericultura da Santa Casa. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 16, p. 5, 21 de jan. de 1941.

⁴⁹⁰ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, Presidente da República, pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1940**. Teresina: Imprensa Oficial, 1941.

infância incidiu nas iniciativas de saúde, resultando na criação de serviços de pediatria, pois exigia cuidados particularizados que escapavam aos médicos generalistas e de outras especialidades. Afirmando as peculiaridades da fase infantil, a pediatria elaborou e difundiu uma representação da criança a ser cuidada por profissionais especializados, mediante um processo de sua singularização como indivíduo indefeso e frágil, portanto, distinto do adulto, em especial quando da ocorrência de um desvio da normalidade da saúde.⁴⁹¹

Segundo Olavo Corrêa Lima, a frequência de doentes no serviço do ambulatório de pediatria e puericultura aumentava a cada dia, chegando a uma média de quinze crianças consultadas. Entre os tipos de enfermidades com maior potencial de gravidade estavam a gastroenterite, a desnutrição e a desidratação. Todos os anos, de agosto a novembro, meses terrivelmente quentes, as crianças adoeciam muito mais, e o número de óbitos era elevado.⁴⁹² O tema que mais preocupava o médico, no que se referia à puericultura, era convencer a mãe da necessidade fundamental de alimentar bem o seu filho, uma das medidas mais importantes para conservar a saúde infantil e combater a mortalidade, como ele próprio afirmou:

Nesse aspecto – o que me surpreendeu – há mais falta de dietética que de alimento. Entretanto, há necessidade urgente de um lactário, que venha alimentar somente as crianças realmente necessitadas. A meu ver, o ambulatório e o lactário são as únicas escolas possíveis para educar a mãe pobre. A sua situação econômica e cultural não permite frequentar outros cursos de puericultura que tragam benefício direto para seu filho. Eis porque nos ambulatórios deve haver o material culinário indispensável às demonstrações práticas, que são dadas pelas enfermeiras ou pelo pediatra.⁴⁹³

O esclarecimento das mães pobres, quase sempre analfabetas, sobre a dieta correta, deveria ser realizado no consultório ou no lactário. Entre as orientações estavam a amamentação exclusiva até o sexto mês, sendo administrada de três em três horas. Durante os meses quentes, era necessário que a criança não abandonasse essa alimentação, considerada natural pelos médicos. Ao contrário do que aconselhava o conhecimento popular, era importante que a criança ficasse sempre nua, dia e noite, além de permanecer em lugar ventilado. Ainda deveria tomar muitos banhos e receber mais líquidos, tanto às refeições como no intervalo destas, para evitar ou, pelo menos, diminuir a incidência da diarreia e também da desidratação, condições particularmente graves para o frágil organismo infantil.

⁴⁹¹ PEREIRA, Júnia Sales. **História, ciência e infância**: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

⁴⁹² CALOR e diarreia. **Diário Oficial**, Teresina, ano VII, n. 258, p. 4-6, 20 de nov. de 1937.

⁴⁹³ AMBULATÓRIO de pediatria e puericultura da Santa Casa. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 16, p. 5, 21 de jan. de 1941.

Somente depois do sexto mês a criança, passaria para a alimentação mista com leite materno e de vaca, fresco ou em pó.⁴⁹⁴ Do décimo mês em diante, a alimentação deveria ser artificial, com o leite de vaca e a introdução de sucos, sopas e outros alimentos. Por isso era importante que a Santa Casa contasse com um lactário, não somente para o aconselhamento alimentar, mas também para a distribuição regular de leite. A assistência médica seria imprescindível para orientar as mães, como também afirmou o pediatra Noronha Almeida, que presidi o DEC:

Nos distúrbios nutritivos com diarrhéia empregam-se abundantemente os remédios caseiros, tanto mais perigosos e nocivos quanto mais acentuada a ignorância dos paes. Purgante, lavagem, chá de assucar, gomoso, manteiga e canella no ventre, gergelim na cabeça, jalapa na moleira, torrado no umbigo, quarto cuidadosamente fechado afim de evitar “vento encanado”, o uso ingenuo de cordões nos pulsos e tornozelos, cruces nas plantas dos pés e palmas das mãos para evitar convulsões, além de outros methodos grosseiros, ahi estão os meios geralmente empregados quando a criança tem diarrhéia e febre, mais comumente aquelles cuja instrucção e nulla ou quasi nulla. Com esses methodos perde-se tempo precioso para a vida do doentinho. Tôdo médico se penaliza ao ver o doentinho que atendeu tardiamente, quando um dia ou algumas horas antes, tanto poderia fazer. Mas o habito entre aquelles que pouco possuem, consiste em pedir a receita com o fim único de ficar o medico como que obrigado a fornecer, horas depois, o atestado de óbito.⁴⁹⁵

Segundo o médico, a criança doente, especialmente no primeiro ano, piorava rapidamente, sendo que a demora da busca pelo auxílio médico poderia ser fatal. Com os primeiros sintomas de febre, os pais comumente achavam que o caso seria simples e passageiro. O hábito de esperar por melhora que não era certa, trazia consequências, muitas vezes, funestas, especialmente quando se tratava da gastroenterite. Inclusive, o número de crianças que adoecia e morria, elevava-se a ponto de muitos acreditarem numa doença infantil de caráter epidêmico. Somente depois de esgotados os recursos da medicina popular, que poderiam até piorar a condição da criança, é que o pediatra costumava ser procurado, sendo o seu trabalho muito maior, em caso que talvez se resolvesse facilmente no começo. Dessa forma, o processo de singularização da infância por meio da pediatria, ocorria, também, mediante o expurgo de práticas de cura e de cuidados considerados como anticientíficos e primitivos, que eram praticados conforme o conhecimento popular.

A consulta na pediatria era diferenciada, pois o paciente, muitas vezes, não falava ou não era considerado capaz de relatar seu estado clínico. Com isso, restava-lhe a utilização de signos muitas vezes indecifráveis ao médico. A anamnese era um processo que tinha, geralmente,

⁴⁹⁴ AMBULATÓRIO de pediatria e puericultura da Santa Casa. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 16, p. 5, 21 de jan. de 1941.

⁴⁹⁵ CALOR e diarreia. **Diário Oficial**, Teresina, ano VII, n. 258, p. 4-6, 20 de nov. de 1937.

a intermediação da mãe, assim, o pediatra estaria diante do relato de um adulto que considerava as próprias concepções de saúde e de doença, bem como as representações que possuía sobre a medicina.⁴⁹⁶ Dessa forma, a afirmação da autoridade pediátrica teria sido submetida, desde o momento de sua emergência, sobretudo, ao crivo da mãe, que decidia sobre seguir ou não seguir os tratamentos prescritos. Eram elas, portanto, as primeiras e imediatas responsáveis pela criança, cabendo-lhes decidir sobre como cuidar da sua saúde.

No interior do Piauí, havia ainda menores recursos de assistência médica com relação à capital, funcionando apenas alguns hospitais filantrópicos. Na região norte, a única instituição de que se têm informações é a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, inaugurada somente no final do século XIX. Segundo o provedor Acrísio da Costa Furtado, o funcionamento da instituição de saúde dependia, sobretudo, das subvenções e auxílios financeiros concedidos pelo poder estadual, pois a prefeitura disponibilizava recursos diminutos, e as mensalidades pagas pelos poucos associados não eram suficientes para sustentar as despesas.⁴⁹⁷

Nos anos de 1931 e 1932 o valor do subsídio concedido pelo governo estadual foi de Rs 10:000\$000, já no período de 1933 até 1936 o valor teve um pequeno aumento para Rs 12:000\$000. Em 1937, a subvenção chegou ao dobro do ano anterior, sendo esse valor mantido até 1940. No ano seguinte, um novo aumento fez com que a instituição recebesse Rs 30.000\$000 e, em 1942, o reajuste da subvenção foi de 100%.⁴⁹⁸ Além das subvenções com valores anuais fixados, o governo também costumava conceder auxílios, em casos de emergência. Isso ocorreu, por exemplo, em 1937, quando foi concedida a importância de Rs 10:000\$000, destinada para a realização de reparos nas instalações. Como também ocorreu em 1941, quando Leônidas Mello concedeu Rs 35:000\$000, haja vista que, segundo ele, o provedor alegou não ter condições de saldar as despesas com medicações.⁴⁹⁹

As contribuições financeiras permitiram melhores condições para o aumento dos atendimentos, inclusive aqueles destinados para mães e crianças. É possível verificar isso por meio do total de internações. Em 1932 foi realizada a hospitalização de 429 doentes, no ano de 1933 o total atingiu o número de 637 internações, em 1934 foram 611 casos, em 1935 foram 732 pacientes, em 1936 o total foi de 699 internações, em 1937 os atendimentos chegaram a

⁴⁹⁶ PEREIRA, Júnia Sales. **História, ciência e infância**: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

⁴⁹⁷ PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado pelo Provedor Acrísio da Costa Furtado, Sobre os Serviços Realizados na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba em 1932. **Código de Saúde de 1932**. Teresina: [s.n.], 1933.

⁴⁹⁸ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1942**. Teresina: Imprensa Oficial, 1943.

⁴⁹⁹ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 482, de 31 de dezembro de 1941. Concede auxílio para a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. **Leis e Decretos do Piauí de 1941**. Teresina: Imprensa Oficial, 1941.

743 e em 1938 foram verificadas 775 hospitalizações.⁵⁰⁰ Apesar de não existirem dados dos atendimentos realizados na clínica obstétrico-ginecológica, frequentemente eram realizados partos normais, o tratamento de infecções puerperais também era comum, mas as cirurgias cesarianas ocorriam raramente. Os serviços de clínica infantil abrangiam não somente os tratamentos curativos, mas também os conselhos de puericultura e prescrições dietéticas. A gastroenterite, as verminoses, o impaludismo e a sífilis eram as principais doenças que atingiam as crianças, sendo também considerável a incidência de doenças peculiares à fase infantil, como catapora, gripe e difteria.

O outro estabelecimento existente no interior era o Hospital São Vicente de Paula, o menor e menos aparelhado estabelecimento hospitalar do Piauí. Estava localizado no município de Floriano, sendo a única instituição para atendimento das pessoas pobres da região sul. Era para lá que, constantemente, se dirigiam inúmeros padecentes que, no entanto, não eram atendidos em consequência das precárias condições de funcionamento.⁵⁰¹ O diretor apelava para que a instituição fosse mais bem amparada financeiramente pelo poder estadual. Ocorria que os valores dos subsídios anuais continuaram inalterados durante o período de 1931 a 1936, permanecendo Rs 8:000\$000, valor muito menor do que aquele pago para as Santas Casas de Misericórdia de Teresina e Parnaíba. Em 1937, o subsídio aumentou 50%, chegando ao valor Rs 12:000\$000, que permaneceu o mesmo até 1942, quando foi alterado para Cr\$ 18.000,00.

Diante da restrição de recursos, ocorreu o fechamento do Hospital de Floriano, pois não havia como mantê-lo diante da precariedade das condições higiênicas e técnicas, além das dívidas que se acumulavam. Em 1942, a instituição foi transferida para o Instituto de Assistência Hospitalar do Piauí. Com a finalidade de retomar o seu funcionamento, foi disponibilizada pelo presidente do Instituto, Agenor Barbosa de Almeida, a concessão de recursos no valor de Cr\$ 80.000,00 para a reforma do prédio em que funcionava, passando a ser denominado Hospital Miguel Couto.⁵⁰² Infelizmente, a indisponibilidade de dados sobre a organização das clínicas médicas, não possibilitou a investigação sobre a existência de atendimentos especializados em obstetrícia e pediatria. Apenas foi possível concluir que mães e crianças tinham acesso a consultas, conselhos de puericultura, prescrições dietéticas e aviamento de receitas médicas.

⁵⁰⁰ PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba Sobre os Serviços Realizados em 1940. **Código de Saúde de 1940**. Teresina: [s.n.], 1941.

⁵⁰¹ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 496, de 24 de fevereiro de 1942. Transfere o Hospital de Floriano para o Instituto de Assistência Hospitalar. **Decretos do Piauí de 1942**. Teresina: Imprensa Oficial, 1942.

⁵⁰² PIAUÍ. Decreto-Lei nº 601, de 20 de agosto de 1942. Concede recursos para a reconstrução do prédio do Hospital Miguel Couto, da cidade de Floriano. **Decretos do Piauí de 1942**. Teresina: Imprensa Oficial, 1942.

Teresina não possuía, até então, um estabelecimento hospitalar com recursos considerados pelo Estado como compatíveis à sua condição de capital. Até o começo da década de 1940, existia apenas a Santa Casa de Misericórdia, considerada uma instituição paupérrima, que sempre recebeu auxílio oficial, e que, nos seus últimos anos, era mantida quase a expensas do governo. Argumentava-se que ela não suportava mais a demanda dos doentes desamparados, atendidos sem as adequadas condições de técnica e de higiene. Foi idealizado, então, um novo estabelecimento, mas desta vez de caráter público, sendo denominado de Hospital Getúlio Vargas.⁵⁰³ Inaugurado em 1941, ele substituiu a antiga instituição particular, que acabou sendo fechada. Nessa ocasião, Leônidas Mello afirmou:

Com localização privilegiada na antiga Avenida Frei Serafim, centro de Teresina, que passou a chamar-se Avenida Getúlio Vargas. Com uma área em torno de 1.600 metros quadrados, com instalações e equipamentos confortáveis e modernos, em dois pavimentos em forma de U, possuindo ainda jardins gramados e arborizados, dando ao conjunto um aspecto alegre e agradável. Tudo de acordo com a política hospitalar moderna dos hospitais policlínicos. As enfermarias eram amplas e merece destaque as salas de operações, uma no térreo destinada ao pronto socorro e outra no andar superior, possuindo ar condicionado.⁵⁰⁴

O Hospital Getúlio Vargas era parte do plano de assistência à saúde do Estado, que estava dotando o Piauí de centros de saúde, postos de higiene e outros estabelecimentos. Foi concebido com arquitetura imponente, possuindo grande extensão estrutural, destacando-se na paisagem urbana. Era representado como o melhor hospital do Norte e do Nordeste, uma instituição moderna, construída com normas modelares e com organização científica atualizada. Seria, ao mesmo tempo, um centro de estudos e de assistência médica, muito diferente dos depósitos de doentes, como eram conhecidos os antigos estabelecimentos de hospitalização. Acabou sendo a mais importante obra da gestão de Leônidas Mello, que contribuiu para a imagem de desenvolvimento da saúde pública, representando a tão almejada materialização do progresso, em que os governos deveriam assegurar recursos com que combater as doenças que reduziam a vitalidade coletiva e, consequentemente, a capacidade econômica dos piauienses.

Em 1941 o Hospital Getúlio Vargas atendeu o total de 15.980 pacientes, em 1942 foram realizados 59.403 atendimentos, no ano de 1943 ocorreram 58.817 atendimentos e em 1944 o total de doentes atingiu 57.455.⁵⁰⁵ Em 1942, por exemplo, foram atendidos 85,4% dos doentes de ambulatório e 66% dos doentes internados em todo o Piauí. Diante da dimensão

⁵⁰³ RAMOS, Francisco Ferreira. **Memorial do Hospital Getúlio Vargas**: contexto histórico-político- econômico-sócio-cultural (1500-2000). Teresina: Gráfica do Povo, 2003.

⁵⁰⁴ POLÍTICA sanitária do governo Leônidas Mello. **Diário Oficial**, ano XI, n. 193, p. 4, 30 de ago. de 1941.

⁵⁰⁵ ANIVERSARIO de dez anos de governo Leônidas Mello. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 49, p. 11, 03 de maio de 1945.

desses dados, a maior parte do ônus da assistência hospitalar estadual era desta instituição. Para isso, certamente colaborou a sua representação como uma unidade de saúde moderna, bem como o fato de estar localizado em Teresina, pois em virtude da localização geográfica e também de ser capital, tornava-se centro de convergência dos pacientes em busca do atendimento que não encontravam nos municípios em que residiam.

Segundo Ursulino Veloso de Sousa Martins e Renato Ferreira Paz, médicos obstetras do Hospital Getúlio Vargas na década de 1940, existia uma maternidade no segundo pavimento da instituição, que estava sob a chefia de João Emílio Falcão Costa.⁵⁰⁶ Funcionava com uma enfermaria para gestantes com doze camas, cinco quartos particulares individuais, uma sala de puérperas com oito leitos, uma sala de berçário com dez berços e uma sala de partos. Práticas similares eram verificadas na Europa quando, ainda no século XIX, menos por razões de intimidade do que de contágio, ocorreu a redução do número de leitos por quarto, sendo no máximo dez, pois se associava a febre puerperal à promiscuidade.⁵⁰⁷

A assistência à saúde era concebida por médicos e Estado como um problema científico resolvido e tarefa fundamental de todo governo civilizado, sendo que estavam de acordo que se devia amparar a mãe e a criança antes, durante e depois do parto. Os serviços obstétricos oferecidos no Hospital Getúlio Vargas representavam a mais importante referência para todo o Piauí, pois ainda não havia sido inaugurada a maternidade da capital. O atendimento às gestantes começava com o internamento para monitoramento. O parto era assistido por médicos e enfermeiras parteiras e, embora a maior parte fosse de partos normais, a cesariana passou a ser praticada de forma mais frequente com o uso da penicilina que, na década de 1940, teve seu uso clínico popularizado. Com isso, nos pós-operatórios, era realizada uma terapêutica mais eficiente nas infecções puerperais, principal causa da mortalidade materna depois do parto.

A consolidação da presença do médico no parto esteve vinculada ao uso de um instrumental próprio como fórceps, sondas, agulhas, tesouras e pinças, mas também a práticas mais intervencionistas, associação usada para construir uma imagem de competência, autoridade e resolutividade, contribuindo para que eles desenvolvessem uma prática escriturística.⁵⁰⁸ Isso servia como uma contraposição em relação às “curiosas” que, adquiriam certa habilidade no auxílio às mulheres em trabalho de parto, após alguns anos de experiência. Argumentava-se, que elas usavam apenas as mãos em suas manobras e diagnósticos, aplicando

⁵⁰⁶ PAZ, Renato Ferreira; MARTINS, Ursulino Veloso de Sousa. História da Maternidade São Vicente. In: SANTOS JÚNIOR, Luiz Aírton (Org.). **História da medicina no Piauí**. Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003. p. 127-130.

⁵⁰⁷ PERROT, Michelle. **História dos quartos**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

⁵⁰⁸ CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: 1. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes. 2005.

produtos tradicionais, rezas e benzimentos. As “curiosas” tinham origem popular, em geral eram analfabetas, negras ou mulatas, por isso tinham, em relação ao médico, uma posição constituída como inferior, por motivos de categoria social, etnia e gênero.

A “curiosa” era uma personagem bastante presente no cotidiano piauiense. Nos bairros periféricos dos centros urbanos e nas regiões rurais, obtinha reconhecimento social, sendo frequentemente requisitada por mulheres de vários setores sociais, por isso era vista como uma concorrente do médico. Ocorria que o momento do parto não era restrito aos procedimentos da ciência médica, pois a dor e a angústia que envolvia a parturiente eram interpretadas por gestos e práticas de uma cultura feminina que era paralela à medicina, desde o período colonial.⁵⁰⁹ Com isso, as gestantes mantinham a individualidade e exercitavam as alianças de gênero mediante a prática da realização do parto no espaço domiciliar, em um ambiente em que o saber feminino ancestral predominava, com seus ritos e saberes quase imóveis. O médico particular e o hospital eram requisitados pelas gestantes apenas quando o parto ficava complicado e a “curiosa” não tinha como resolver. Na Europa também existiam prescrições para que as mulheres buscassem assistência médica para o parto no hospital, evitando o risco de complicações, porém, antes de 1940, a maioria dos partos era realizada em espaço domiciliar com o auxílio das parteiras.⁵¹⁰

No Hospital Getúlio Vargas também existia um ambulatório e uma enfermaria de puericultura e pediatria. Tratava-se da única assistência hospitalar especializada para a clientela infantil em Teresina. O pediatra Olavo Corrêa Lima trabalhou nesse serviço de 1941 a 1943, relatando sobre as condições de atendimento. Ele realizou 16.630 atendimentos em todo o período e, desse total, internou menos de 1/4 dos doentes.⁵¹¹ Isso ocorreu porque considerava a criança como um doente de ambulatório, devido à sua facilidade de transporte e dependência materna. Com as orientações de consultório, o médico acreditava que conseguiria reduzir as internações, geralmente, era a gravidade das morbidades, como também a dificuldade de uma melhor assistência materna que fazia isso imprescindível.

No ambulatório também eram realizados conselhos de higiene e dietética, sendo incentivada a importância de seguir as orientações científicas, sendo depois indagado como a mãe havia colocado em prática as informações repassadas. Mesmo não dispondo de lactário,

⁵⁰⁹ DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia. São Paulo: UNESP, 2009.

⁵¹⁰ PROST, Antoine. Fronteiras e espaços do privado. In: PROST, Antoine; VINCENT, Gerard (Orgs.). **História da vida privada**: da Primeira Guerra aos nossos dias. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p. 13- 154. v. 5.

⁵¹¹ LIMA, Olavo Alexandrino Corrêa. Rendimento de um Ambulatório de Pediatria. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 8, p. 15-20, dez. de 1939.

isso não impedia o enfrentamento dos transtornos nutritivos dos lactantes matriculados no Hospital Getúlio Vargas. No próprio ambulatório de pediatria e puericultura ocorria a distribuição de alimentos, como leite de vaca, ácido láctico, caseinato de cálcio, açúcar nutritivo, sacarina, farinhas, leiteiro e leite em pó.⁵¹²

Apesar do esforço do médico, a frequência ótima do ambulatório para as orientações de manutenção da saúde infantil não era atingida, pois cada criança de 0 a 1 ano deveria comparecer ao serviço de uma a duas vezes por mês. Contudo, de um total de 3.371 crianças matriculadas no período de 1941 a 1943, somente 4, cerca de 0,11%, apareceram com certa regularidade, para as orientações de puericultura. As visitas poderiam reduzir o número de vezes que a criança adoecia, pois contribuíam para orientar as mães que traziam os filhos somente depois de submetidos ao que os médicos chamavam de curandeirismo doméstico. No entanto, a finalidade do ambulatório ficou mais restrita à terapêutica, tendo em vista muito particularmente a resistência das mães em levar as crianças saudáveis para consultas.

Olavo Corrêa Lima também verificou que os motivos da mortalidade infantil foram, em primeiro lugar, alimentares, depois infecciosos e, por último, congênitos. Em todos os casos, era eloquente o percentual de falecimentos dentro de 24 horas após a chegada ao ambulatório, sendo de 60%. O motivo seria a demora em procurar o médico, ocorrendo quando a doença estava avançada. Morriam mais crianças no primeiro ano de vida, atingindo um total de 95%, mas, à medida que cresciam, havia redução. Apesar de não disponibilizar estatísticas comparáveis com outros serviços, e ser a observação resultado da própria experiência, o médico considerava que a mortalidade infantil tinha apresentado redução no período em que clinicou no ambulatório de pediatria do Hospital Getúlio Vargas.⁵¹³ Também em âmbito nacional, os resultados da cruzada de proteção da saúde materno-infantil começaram a aparecer depois da década de 1930, quando os índices de mortalidade das crianças começaram a cair.⁵¹⁴

O pediatra admitia que o êxito na preservação da vida e da saúde infantis poderia ser melhorado, desde que o ambulatório e a enfermaria do Hospital Getúlio Vargas, passassem a contar com um serviço de visitadoras, um lactário e maior número de leitos. Conforme a análise de outros médicos e do governo do Estado, o pediatra afirmou que muito havia sido realizado

⁵¹² Conforme a necessidade nutricional de cada criança, ocorria a distribuição do leite de vaca diluído em deferentes porcentagens. Também eram produzidos compostos alimentares a partir do leite puro aquecido, filtrado e fracionado, como o ácido láctico, o caseinato de cálcio, o leiteiro, o leite albuminoso, o leite acidulado e o leite butiroso, a partir da decomposição das gorduras, proteínas (caseína, albumina e globulina) e açúcar (lactose). LIMA, Olavo Alexandrino Corrêa. *Rendimento de um Ambulatório de Pediatria*. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 8, p. 15-20, dez. de 1939.

⁵¹³ Ibid.

⁵¹⁴ MARCÍLIO, Maria Luiza. **História social da criança abandonada**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

no setor da assistência infantil, mas, revelando lucidez na abordagem da questão, admitiu: “Entretanto, não é tarefa de uma só geração, principalmente em um país como o nosso, ainda em colonização, de imensa extensão territorial, pobre de vias de comunicação e de saneamento.”⁵¹⁵ De fato, no Piauí, apesar das falhas do serviço de atendimento à mãe e à criança, o avanço realizado nas décadas de 1930 e 1940 podia ser observado, em particular quando comparado às condições vigentes na Primeira República.

5.4 A PARCERIA ENTRE ESTADO E FILANTROPIA NAS UNIDADES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Em âmbito federal, havia a intenção de ampliar a atuação pública na instalação de estabelecimentos de atendimento materno-infantil. O próprio Getúlio Vargas admitiu em 1939 que, apesar dos esforços, o atendimento às gestantes continuava precário e o índice de mortalidade infantil ainda era elevado.⁵¹⁶ Havia sido autorizado o plano de construção de maternidades, postos de puericultura e lactários, distribuídos pelas várias unidades federativas. Esperava-se, também, que essa iniciativa servisse de modelo para Estados e prefeituras, completando, assim, a estrutura governamental de atendimento.

No Piauí, além da criação de estabelecimentos públicos, os governos estadual e municipal forneciam auxílios financeiros para os estabelecimentos filantrópicos especializados no atendimento materno-infantil. Não se tratava mais, ou somente, como até as primeiras décadas do século XX, em salvar as almas dos bebês encontrados pelas ruas, nas portas de casas ou deixados nas rodas, ministrando-lhes o batismo e praticando a virtude do amor ao próximo.⁵¹⁷ Passava a existir a iniciativa dos poderes públicos, a orientação dos médicos e a participação privada, na organização de uma assistência à saúde que garantisse às mães melhores condições para gestar, dar à luz e cuidar de seus filhos.

A ginecologia, a obstetrícia, a pediatria e a puericultura foram especialidades médicas que justificaram cientificamente a criação de maternidades, entendidas como espaços hospitalares destinados exclusivamente ao parto, ao cuidado com as puérperas e os recém-

⁵¹⁵ LIMA, Olavo Alexandrino Corrêa. Rendimento de um Ambulatório de Pediatria. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 8, p. 15-20, dez. de 1939.

⁵¹⁶ VARGAS, Getúlio Dornelles. **O bem-estar e a saúde das mães e das crianças**. Discurso pronunciado no Palácio Guanabara em comemoração ao Natal, em 24 de Dezembro de 1939. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2014.

⁵¹⁷ MARCÍLIO, Maria Luíza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil. 1726- 1950. In: FREITAS, Marcos Cezar de (Org.). **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 53-79.

nascidos.⁵¹⁸ Ainda que o processo de hospitalização do parto tenha ocorrido a partir de 1960 no Brasil, as mulheres começaram a procurar as maternidades desde as primeiras décadas do século XX.⁵¹⁹ Para isso concorreram as péssimas condições de alguns partos domésticos, a existência de um espaço para o bom atendimento, salas de parto equipadas e médicos especializados. No entanto, isso não ocorreu sem a formulação de uma política oficial de saúde materno-infantil, como pode ser observado no Piauí, desde o começo dos anos 1930, quando o Estado se mobilizou para a construção da maternidade de Teresina.

Durante o governo Landry Salles, além da manutenção das contribuições estaduais para o fundo financeiro visando à instalação da primeira maternidade do Piauí, também foi requerida a contribuição particular. No entanto, esses esforços não foram suficientes, e o novo interventor, Leônidas Mello, buscou o auxílio do governo federal, que se comprometeu com a execução da obra, mas isso não ocorreu conforme o que foi planejado.⁵²⁰ Iniciada a construção apenas em 1940, a carência de recursos concorreu para a demora da conclusão da maternidade de Teresina, além disso, a instalação da ala de obstetrícia do Hospital Getúlio Vargas, também parece ter contribuído para a inauguração da primeira maternidade de Teresina, denominada Maternidade São Vicente, ter ocorrido, apenas, em 1954.

Em 1944 também estava sendo construída uma maternidade em Oeiras, porém, a inauguração da primeira instituição deste tipo no Piauí, ocorreu em Parnaíba no ano de 1940. Tratava-se da Maternidade Marques Basto, que teve atuação importante, fornecendo assistência para toda a região norte do Estado. Ela foi construída pelo poder municipal durante a administração de Mirócles Veras, um médico preocupado com a deficiência da assistência materno-infantil.⁵²¹ A criação da instituição dependeu das condições financeiras e vontade política dos poderes públicos piauienses, não sendo verificada contribuição federal, apesar de existir o comprometimento oficial com esse tipo de iniciativa no país. Para a obra, concorreu também a demanda das mães pobres que necessitavam de uma maternidade para atendimento especializado, já que a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, como hospital geral, não conseguia atender essas pacientes da forma mais adequada.

O Estado contribuiu para a fundação e a manutenção da nova Maternidade. Em 1942, Leônidas Mello realizou o pagamento de Cr\$ 20.000,00 referente à compra do terreno em que

⁵¹⁸ BARRETO, Maria Renilda Nery. Dar à luz no Rio de Janeiro da *belle époque*: o nascimento das maternidades (1870-1920). In: SANGULARD, Gisele. et. al. **Filantropos da nação**: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p. 185-202.

⁵¹⁹ MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do Feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

⁵²⁰ RELATÓRIO do Departamento de Saúde. **Diário Oficial**, Teresina, ano VIII, n. 219, p. 7, 30 de set. de 1938.

⁵²¹ EXCURSÃO do interventor a Parnaíba. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 83, p. 1, 12 de abr. de 1940.

foi edificado o estabelecimento, além disso, também contribuía regularmente para o fornecimento dos serviços.⁵²² Em 1941, por exemplo, foi previsto total anual de Rs 60:000\$000 sob a forma de subsídios.⁵²³ No ano seguinte, atendendo à demanda dos atendimentos, bem como às dificuldades de manutenção alegadas pela sua diretoria, o poder estadual elevou para Cr\$ 7.000,00 por mês a subvenção concedida, chegando ao total anual de Cr\$ 84.000,00.⁵²⁴ O Estado também socorria a instituição quando as despesas excediam a possibilidade de pagamento, um indicativo disso é que, também no ano de 1942, foi fornecido crédito especial de Cr\$ 24.000,00.⁵²⁵

Na Maternidade Marques Basto eram realizados atendimentos nos ambulatórios, no centro cirúrgico, nas salas de parto e nas enfermarias. Os números relativos às pacientes atendidas revelaram-se bastante imprecisos, pois não existia padronização quanto às categorias dos serviços, que mudavam de um ano para o outro, gerando, inclusive, incoerência dos dados, o que não permitiu a possibilidade de análise dos mesmos. Apesar disso, é possível afirmar que havia demanda das mães pelos serviços de obstetrícia da Maternidade, fazendo parte do movimento de medicalização em que os problemas materno-infantis passaram a ser definidos em termos médicos, descritos a partir da linguagem médica, entendidos através da racionalidade médica e tratados por meio de intervenções médicas.⁵²⁶

Para isso, deve ter contribuído o fato de que os médicos passaram a defender a maternidade como um tipo de espaço em que a gestante teria atendimento especializado.⁵²⁷ Segundo essa perspectiva, os casos de partos que apresentavam mais dificuldades para as “curiosas”, seriam resolvidos com facilidade pelos médicos. Estes, auxiliados pelo aparato da ciência, por meio do uso do fórceps e da cesariana, passavam a representar maior segurança para as mulheres cuja gravidez era de risco. O tratamento especializado que era dispensado às mães e seus filhos recém-nascidos contribuiu para que a Maternidade fosse procurada,

⁵²² PIAUÍ. Decreto-Lei nº 529, de 19 de maio de 1942. Realiza o pagamento do terreno a para construção da Maternidade de Parnaíba. **Decretos do Piauí de 1942**. Teresina: Imprensa Oficial, 1942.

⁵²³ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 318, de 29 de novembro 1940. Autoriza o orçamento para o exercício de 1941. **Decretos do Piauí de 1940**. Teresina: Imprensa Oficial, 1941.

⁵²⁴ PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello Referente ao Exercício de 1942**. Teresina: Imprensa Oficial, 1943.

⁵²⁵ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 603, de 20 de agosto de 1942. Concede recursos para a Maternidade Marques Basto. **Decretos do Piauí de 1942**. Teresina: Imprensa Oficial, 1942.

⁵²⁶ GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Revista Interface: comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

⁵²⁷ AMARAL, Marivaldo Cruz do. Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 927-944, out./dez. 2008.

vencendo as barreiras sociais que distanciavam os médicos das mulheres, de modo a convencê-las de que, neste local, o parto era mais seguro.

O Lactário Suzanne Jacob foi outra instituição instalada no município de Parnaíba, inclusive, ao seu lado, foi construída a Maternidade Marques Basto, para facilitar o acesso das mães. O estabelecimento foi iniciativa de Rolland Jacob, que financiou a construção e o aparelhamento, com o gasto total de Rs 60.000\$000, fazendo isso em honra da memória de sua esposa.⁵²⁸ De acordo com os estatutos que regulamentavam o funcionamento da instituição inaugurada em 1938, o principal objetivo era prestar assistência alimentar aos lactantes de famílias pobres, como afirmou o pediatra do lactário, Equililérico Nogueira:

O direito ao alimento é adquirido após a sindicância sobre a situação financeira dos pais. Dispõe o Lactário de ambulatório, para exame das crianças sadias ou doentes, e de cozinha dietética que fornece o alimento já preparado, de acordo com as normas da higiene infantil e em harmonia com a exigência do caso clínico. A distribuição faz-se diariamente, pela manhã, em mamadeiras graduadas e esterilizadas, que levam a quantidade de alimento para cada refeição; a criança recebe logo o número de mamadeiras correspondente ao número de suas refeições.⁵²⁹

Segundo ele, a precariedade financeira das famílias, frequentemente, resultava na má alimentação da gestante e, portanto, na falta de leite materno. Em caso da mãe não conseguir amamentar, o que se verificou foi o combate às amas de leite, por razões morais e higiênicas atribuídas, por vezes, à racionalidade na administração do leite artificial.⁵³⁰ Havia o argumento de que os leites modificados ou em pó representavam segurança e também eficácia na aquisição da robustez, conferindo saúde às crianças. Contudo, puericultores e pediatras defendiam a necessidade da orientação médica para a administração da alimentação artificial, alegando que mesmo os alimentos considerados mais adequados poderiam ser perigosos, caso não fossem utilizados de maneira correta.

O lactário atendia, principalmente, às criancinhas com até 18 meses, haja vista que as estatísticas demonstravam que a primeira infância possuía saúde frágil, diante das dietas inadequadas.⁵³¹ A distribuição dos leites era realizada nas próprias mamadeiras, sendo entregues às mães o alimento preparado, cabendo a elas seu fornecimento nos horários estipulados pelo pediatra. Certamente, esse aspecto deveria estar vinculado à desconfiança de que as mães, apesar de orientadas para a preparação dos alimentos, poderiam ser negligentes.

⁵²⁸ ESTATUTOS do Lactário Suzanne Jacob. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 69, p. 8-14, 24 de mar. de 1939.

⁵²⁹ NOGUEIRA, Equililérico. Noticiário: Lactário Suzanne Jacob. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 2, p. 149-153, 1939.

⁵³⁰ DEL PRIORE, Mary. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: _____. (Org.). **História das crianças no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2009. p.84-106.

⁵³¹ SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 199, p. 4-5, 31 de agosto de 1939.

Além disso, as mamadeiras contaminadas, devido à higienização inadequada, representavam um perigo, estando expostas aos microorganismos que causavam doenças gastrointestinais.⁵³²

Nos boletins diários do Lactário Suzanne Jacob, seriam registrados o total de crianças atendidas, como também os tipos e as quantidades de alimentos distribuídos.⁵³³ Existiam maiores demandas para o leite de vaca diluído a 2/3 e o leite em pó. Outros produtos também eram fornecidos, como o leite de vaca diluído a 1/2, o leiteiro, o leite acidulado, o leite com açúcar e o mingau. Os alimentos tinham procedência considerada segura, pois eram tratados higienicamente, passando por processos técnicos de diluição e adição de compostos para o enriquecimento nutricional, conforme as necessidades alimentares de cada criança examinada. Nesse sentido, o *status* do pediatra era fundamental para a preparação e a recomendação da alimentação considerada cientificamente correta para a criança.

Os dados dos atendimentos de 16 de janeiro de 1938 a 31 de maio de 1939 traduzem a intensidade do movimento no Lactário Suzanne Jacob. No ambulatório, os atendimentos chegaram a 1.071, incluindo consultas, prescrições de regimes, conselhos individuais de puericultura e demonstrações de dietética.⁵³⁴ A responsabilidade pelo funcionamento do Lactário cabia às enfermeiras, que controlavam a frequência das crianças beneficiadas, realizavam o preparo e a distribuição dos alimentos, registrando no boletim diário. Também eram responsáveis pela pesagem periódica e conferência do estado nutricional da criança.

Na avaliação médica realizada no Lactário, estava presente a associação entre robustez e saúde. Era valorizada a criança que engordava, por ser considerada capaz de enfrentar os perigos anunciados da desnutrição, do raquitismo e da magreza que, aliados a outras doenças, cuja principal delas era a gastroenterite, poderiam conduzir ao óbito. O combate à mortalidade infantil assumia a centralidade da ação dos pediatras, que reclamaram para si o papel de protetores da vida, considerando-se capazes de livrar as crianças do estigma da morte precoce e proporcionar alegria, disposição e vitalidade, atributos de uma criança bem cuidada.⁵³⁵

Apesar do Lactário Susanne Jacob ser uma instituição filantrópica, que contava com doações particulares e recursos provenientes de eventos beneméritos, o auxílio do governo estadual era um importante aporte financeiro para a concessão dos serviços. Em 1938, primeiro ano de funcionamento, Leônidas Mello criou a subvenção de Rs 6:000\$000, que seria destinada

⁵³² FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, Mães e Médicos**: discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

⁵³³ ESTATUTOS do Lactário Suzanne Jacob. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 69, p. 8-14, 24 de mar. de 1939.

⁵³⁴ NOGUEIRA, Equililérico. Noticiário: Lactário Suzanne Jacob. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 2, p. 149-153, 1939.

⁵³⁵ PEREIRA, Júnia Sales. **História, ciência e infância**: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

trimestralmente à instituição.⁵³⁶ Este auxílio foi aumentado nos anos posteriores, inclusive, em 1941 o montante atingiu o valor de Rs 8:000\$000.⁵³⁷ Não foram encontrados dados disponíveis sobre os subsídios municipais, e nem mesmo, se o governo federal concedia verbas para a instituição. Depois de deduzidos os auxílios públicos e particulares, Rolland Jacob assumia a responsabilidade sobre o restante do financiamento para a manutenção dos serviços, cuja despesa mensal era, em média, de Rs 2:500\$000.⁵³⁸

A colaboração do Estado com a iniciativa filantrópica também foi verificada em 1943, quando Leônidas Mello comprou um terreno em Teresina para a construção da Casa da Criança, ajudando a Comissão Central Estadual da LBA, liderada pela primeira dama, Maria do Carmo Mello.⁵³⁹ Inaugurada a instituição, a direção técnica foi entregue ao pediatra Olavo Corrêa Lima, que se distinguia pela sua contínua campanha em prol da saúde da criança piauiense. No andar térreo da Casa da Criança funcionavam um ambulatório de puericultura e pediatria, um lactário, um consultório para exame pré-natal, uma sala de exame infantil, uma sala para pequenos procedimentos, um setor de esterilização e um refeitório.⁵⁴⁰ O andar superior era destinado à permanência das crianças, com creche e jardim da infância.

No ambulatório da instituição a criança era registrada, examinada e medicada, também eram realizadas orientações baseadas nas técnicas de puericultura para as mães. Em seguida, ocorria a triagem que direcionava para os diferentes serviços disponíveis. No lactário, o primeiro de Teresina, a criança chegava com o regime alimentar prescrito, sendo realizada a distribuição diária da alimentação. O leite era esterilizado pela fervura e convenientemente acidificado, o que proporcionava melhores condições dietéticas, não apenas pela sua melhor conservação, como também pela melhor capacidade digestiva e qualidades antidiarreicas. O lactário ajudava a combater a causa alimentar da mortalidade infantil com o atendimento diário de mais de duzentos e cinquenta crianças.⁵⁴¹ No entanto, as ações tinham um caráter limitado, conseguindo apenas amenizar o problema na capital, ficando a maioria dos municípios piauienses sem assistência, por não contarem com lactário. Além disso, segundo o diretor da Casa da Criança, o médico Domingos Matos Pereira, o acesso aos serviços era dificultado pela

⁵³⁶ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 115, de 20 de agosto de 1938. Concede subvenção ao Lactário Suzanne Jacob. **Leis e Decretos do Piauí de 1938**. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

⁵³⁷ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 318, de 29 de novembro 1940. Autoriza o orçamento para o exercício de 1941. **Decretos do Piauí de 1940**. Teresina: Imprensa Oficial, 1941.

⁵³⁸ NOGUEIRA, Equililérico. Noticiário: Lactário Suzanne Jacob. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 2, p. 149-153, 1939.

⁵³⁹ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 708, de 15 de setembro de 1943. Autoriza a compra de um terreno para a construção da Casa da Criança. **Decretos do Piauí de 1943**. Teresina: Imprensa Oficial, 1943.

⁵⁴⁰ CONSTRUÇÃO da Casa da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIII, n. 115, p. 1, 18 de set. de 1943.

⁵⁴¹ RELATÓRIO apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, referente ao exercício de 1943. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 144, p. 1-10, 23 de novembro de 1944.

pobreza das mães das crianças atendidas, sendo que, infelizmente, grande parte ficava sem os atendimentos disponibilizados por causa da distância em que moravam e impossibilidade de pagamento de um transporte.⁵⁴²

Na Casa da Criança também eram realizados concursos de robustez infantil, como ocorria em outras instituições públicas e filantrópicas do Piauí, inclusive nos municípios do interior.⁵⁴³ A finalidade de tais eventos, que se intensificaram na década de 1940, era a difusão de padrões estéticos e fisiológicos compreendidos como ideais pelos pediatras e puericultores.⁵⁴⁴ Tratava-se de uma das estratégias utilizadas como incentivo ao aperfeiçoamento da raça, por meio dos cuidados adequados, entre os quais se destacava a alimentação. Segundo o diretor do Departamento de Saúde do Piauí, se o objetivo era proteger a criança, isso deveria começar o mais cedo possível, por meio da divulgação dos preceitos de higiene pré-natal, ensinando e educando a mulher na missão de ser mãe, mostrando-lhe, ainda, as vantagens da amamentação natural para si e seu filho.⁵⁴⁵

Segundo o que defendiam os médicos, era com base na supremacia da razão que a puericultura oferecia amplo estoque de ensinamentos técnicos para guiar os cuidados infantis realizados pelas mães pobres, substituindo os costumes populares considerados perniciosos. Munidas de tal arsenal científico, elas estariam, supostamente, aptas a desenvolver sua “nobre missão” materna. Os médicos foram os principais colaboradores dessa proposta junto aos governos, ao defenderem que as mães precisavam ter uma compreensão racional da infância para que pudessem cumprir com o seu dever patriótico. Isso fazia parte de um projeto de reorganização da sociedade para gerar indivíduos saudáveis, capazes de transformar suas vidas e o destino do país.⁵⁴⁶

⁵⁴² PALESTRA do médico Domingos Matos Pereira. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 128, p. 1-6, 20 de out. de 1945.

⁵⁴³ Também existiam os concursos de eugenia, mas estes consideravam a hereditariedade da criança como aspecto preponderante e determinante na consecução de uma saúde plena. Foram amplamente promovidos no esteio da criação de tipos ideais, que servissem de modelo para as mudanças eugênicas que os novos tempos anunciavam, propondo a melhoria dos padrões biológicos e físicos dos brasileiros. O primeiro concurso eugênico realizado no Brasil foi organizado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo em 1926, reproduzindo a ideia de que a infância tinha que assegurar à humanidade a observância dos rigores civilizatórios. PEREIRA, Júnia Sales. **História, ciência e infância**: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

⁵⁴⁴ Os concursos de robustez infantil começaram a ser realizados no Brasil no começo do século XX. Foram propostos por Moncorvo Filho como uma das iniciativas do Instituto de Proteção à Infância (IPAI) do Rio de Janeiro. FREIRE, Maria Martha de Luna. Quando a caridade encontra a ciência: um olhar sobre a trajetória do dr. Arthur Moncorvo Filho. In: SANGULAR, Gisele. et. al. **Filantropos da nação**: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p. 113-148.

⁵⁴⁵ SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 199, p. 4- 5, 31 de agosto de 1939.

⁵⁴⁶ FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, mães e médicos**: discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

Os concursos de robustez ocorriam, principalmente, durante as comemorações da Semana da Criança. Em 1944, por exemplo, aconteceram dois eventos desse tipo, um na sede da Casa da Criança e outro nas dependências da Escola Normal Oficial. As crianças inscritas pelas mães tinham a faixa etária entre 1 a 2 anos de idade, sendo que, atendendo ao chamado dos médicos, poderes públicos e associações particulares, cada um dos concursos contou com cerca de 200 crianças inscritas.⁵⁴⁷ Para a avaliação do nível de robustez, foram criadas duas comissões formadas, cada uma, por três médicos e uma enfermeira. A seguir podem ser observados os vencedores do concurso da Casa da Criança:

Naquele foram classificados: em primeiro lugar, Washington Dias Pinheiro, de 5 meses, 67 centímetros, 8 quilos e 680 gramas, filho de Raimundo Rodrigues Pinheiro; Em segundo lugar, Ivone Ivo da Silva, de 8 meses, 71 centímetros, 9 quilos e 230 gramas, filho de Raimundo Ivo da Silva; terceiro lugar, Carlos Alberto Santana, de 4 meses, 62 centímetros, 6 quilos, 970 gramas, filho de João Pinto de Santana, cabendo ao 1º um prêmio de 500 cruzeiros em caderneta do Banco Agrícola do Piauí; ao 2º um de 300 cruzeiros e ao 3º um de 100 cruzeiros.⁵⁴⁸

Verifica-se que a avaliação das crianças adquiriu caráter eminentemente técnico, sendo que o peso e a estatura foram os principais critérios verificados. Além disso, os participantes também passavam por exames da dentição, desenvolvimento motor e vitalidade. A avaliação de cada criança era comparada aos padrões considerados ideais, revelando o estado geral de saúde. Apesar de as mães serem consideradas as principais responsáveis pela saúde das crianças em casa, apenas os nomes dos pais foram mencionados na premiação. Isso revelava a afirmação pública do homem na função de progenitor e chefe da família, enquanto ocorria o obscurecimento da contribuição da mulher, que era culpabilizada quando a criança adoecia, conforme o lugar subalterno conferido pelos papéis normativos de gênero.⁵⁴⁹

Tendo demonstrado robustez suficiente, outras cinco crianças também foram premiadas. No cômputo geral dos vencedores, chama a atenção o fato de que apenas oito concorrentes foram declarados robustos, o que revelava que muito ainda deveria ser realizado pelos médicos, poderes públicos e associações filantrópicas na questão da assistência à saúde materno-infantil, sobretudo, por meio das iniciativas baseadas na puericultura. Também chama a atenção o fato de que todas as crianças classificadas eram do sexo masculino, o que também era observado de forma frequente em outros concursos. No entanto, isso deveria ocorrer porque o peso e a estatura dos meninos eram maiores, pois não existia referência sobre a utilização de

⁵⁴⁷ SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 127, p. 2, 17 de out. de 1944.

⁵⁴⁸ Ibid.

⁵⁴⁹ SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez.1995.

padrões diferentes de robustez para crianças dos sexos masculino e feminino, inclusive, a concorrência não era separada.

A instalação dos postos de puericultura no Brasil era outra iniciativa utilizada, talvez a principal, para a divulgação dos ideais e ensino de práticas científicas de cuidado para as mães pobres. Visando à manutenção da saúde infantil, a criação desses estabelecimentos mobilizava os poderes públicos e as associações filantrópicas, que deveriam operar oferecendo os serviços de pré-natal, ambulatório infantil e lactário. Como já foi abordado anteriormente, a puericultura foi um instrumento valioso nesse processo, pois, ajudou a disciplinar a família pobre, divulgando normas e regras que incidiam sobre o comportamento acerca de aspectos como alimentação, vestuário e higiene da criança. Com o desenvolvimento dessa atividade preventiva, esperava-se que fosse realizado o controle das doenças e o combate da mortalidade.

O modelo assistencialista do DNCr priorizava a criação de equipamentos públicos de saúde materno-infantil, e, entre estes, destacavam-se os postos de puericultura. Com a falta de recursos, o Departamento associou-se à LBA, conseguindo meios para o financiamento de obras do seu programa.⁵⁵⁰ Com isso, a partir da década de 1940, os postos de puericultura passaram a ser cada vez mais instalados em bairros pobres ou junto às maternidades brasileiras.⁵⁵¹ Apesar de ser um assunto que já vinha sendo discutido há vários anos pelos médicos e poderes públicos no Piauí, apenas em 1944 foi verificada a criação do primeiro Posto de Puericultura piauiense no município de Parnaíba, outros estavam em construção em Teresina, Oeiras, Barras e Floriano.⁵⁵² No ano seguinte, também foram verificadas outras iniciativas para a instalação de mais postos de puericultura, mediante a articulação entre DNCr, DEC, prefeituras e seção estadual da LBA. Portanto, tratava-se de um tipo de ação nova, que ainda estava no início de seu planejamento e execução no Piauí.

No decorrer deste capítulo, verificou-se que as ações do governo do Estado realizadas, sobretudo, a partir do final da década de 1930, proporcionaram a consolidação da relevância da saúde a partir da ampliação da oferta de assistência no funcionamento de instituições que amparavam gestantes e crianças, como postos de higiene, hospitais, centros de saúde, lactários e maternidades. O governo, como principal articulador dos serviços de saúde, defendia que a solução da questão social, bem como a garantia da riqueza e do progresso do país, requeria

⁵⁵⁰ RIZZINI, Irma. Meninos desvalidos e menores transviados: a trajetória da assistência pública até a Era Vargas. In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: 2011. p. 225-286.

⁵⁵¹ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. **Humanitas**, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

⁵⁵² SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 127, p. 2, 17 de out. de 1944.

intervenção ativa, não somente na instalação de instituições públicas, mas também no auxílio financeiro e técnico prestado aos estabelecimentos de caráter filantrópico, que se notabilizaram pela relevância de sua atuação no Piauí.

Os médicos, principais parceiros do Estado no planejamento e execução das medidas que resultaram na instalação das instituições de assistência à saúde de mães e crianças, destacaram-se na defesa desse tipo de proteção. Foram eles que procuraram convencer as mães pobres a obedecer às orientações baseadas na puericultura, fornecidas em centros de saúde, postos de higiene, hospitais, maternidades e lactários, com o objetivo de transformá-las em aliadas na manutenção da condição de saúde de seus filhos. Inclusive, a falta de cumprimento das orientações médicas profiláticas, e não somente terapêuticas, passou a ser indicada como uma causa para a mortalidade infantil, juntamente com os precários hábitos alimentares e as péssimas condições de higiene.

Apesar da iniciativa do DNS em fornecer um modelo sanitário para as unidades federativas, visando à centralização federal, o que se verificou no Piauí foi o descompasso entre essas determinações e a prestação dos serviços para mães e crianças, devido às limitações financeiras, entraves administrativos e interesses políticos. Estabelecimentos como centros de saúde, postos de higiene, hospitais gerais, maternidades e lactários, foram instalados apenas na capital e em alguns municípios mais desenvolvidos do interior. O limitado número de instituições que, além disso, também funcionavam de forma precária, com exceção de Teresina, contribuiu para que grande parte das mães e crianças pobres não tivesse acesso adequado à assistência médica, por residir em outros municípios e localidades, tornando-se um problema não somente para a medicina terapêutica, mas para a prevenção das doenças, favorecendo os índices de mortalidade infantil. No entanto, é preciso considerar que, embora a assistência fornecida nas instituições de saúde não fosse a ideal, apresentando uma série de problemas, significava um avanço, especialmente se fosse estabelecida uma comparação com o período anterior a 1930.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta tese, realizada mediante a análise das fontes primárias e com base na bibliografia, buscou-se estudar como os poderes públicos no Estado do Piauí elaboraram políticas públicas de proteção à saúde materno-infantil entre 1930 e 1945, contando com a participação dos médicos e das organizações filantrópicas. Na Primeira República já havia a preocupação de alguns setores da sociedade com o amparo à infância e à maternidade, sendo realizadas algumas iniciativas isoladas. Contudo, o diferencial do período pesquisado, foi o desenvolvimento do processo em que os governos assumiram a responsabilidade com o desenvolvimento de políticas públicas que visavam à obtenção de uma condição saudável para mães e crianças pobres.

Isso ocorreu por meio de um amplo projeto de proteção da infância. O resultado foi a formulação de uma legislação protetora da criança, da mulher e da família, a instalação de órgãos administrativos especializados e a criação de unidades de saúde como hospitais gerais, delegacias de saúde, postos de higiene, maternidades e lactários, que passaram a oferecer serviços de obstetrícia, puericultura e pediatria. Isso aconteceu em um contexto no qual os modelos de políticas públicas formulados em âmbito federal, apesar de possuírem motivações centralizadoras, foram adaptados às condições, interesses e necessidades do Estado do Piauí, resultando, contudo, apesar dos esforços, na limitação e na precariedade da execução dos serviços de saúde profiláticos e terapêuticos, sobretudo, no interior piauiense.

Durante a Primeira República diversos setores sociais envolvidos com a filantropia defendiam que cabia aos poderes públicos a “salvação da criança.” Esta expressão passou a ser utilizada correntemente, como resultado de um consenso no qual somente o Estado poderia assegurar a assistência necessária, não somente com relação à saúde, mas ao enfrentamento do problema do abandono, delinquência e educação formal. No entanto, no que se refere à saúde, não houve um projeto governamental no sentido de viabilizar iniciativas suficientemente efetivas de proteção, sendo que, mesmo em âmbito federal, inexistia a viabilização do amparo materno-infantil, por meio de um sistema de saúde que integrasse unidades federativas e seus municípios. Somente a partir dos anos 1920, passaram a ser verificadas algumas iniciativas pontuais, através da parceria dos poderes públicos locais com os médicos e a filantropia. Apresentando poucos resultados positivos, a atuação ocorreu de forma muito mais indireta do que direta, mas significou o começo de um processo que assumiu dimensão de política pública a partir de 1930, sobretudo, entre os anos 1937 e 1945.

A partir do começo do período varguista, a proteção materno-infantil passou a ter centralidade no projeto de governo em âmbito federal, mas também nos Estados, como foi o caso do Piauí. Iniciativas de conservação da saúde, fornecimento de educação formal, combate ao abandono, preparação para o trabalho, além do enfrentamento da delinquência, foram considerados setores essenciais de investimento público e filantrópico. Assim, a criança deixou de ser vista apenas como um objeto de interesse e de ação da família, bem como da Igreja, para tornar-se, efetivamente, um sujeito central da questão social. Com a projeção do desenvolvimento econômico e social como política de governo, em sintonia com a modernização, o investimento na infância era considerado fundamental para o futuro do país, que poderia ser de progresso ou de retrocesso, dependendo das iniciativas que fossem não somente propostas, mas também executadas.

Para a viabilização da proteção da saúde materno-infantil no Piauí ocorreu a contribuição de vários atores sociais, inclusive, os médicos piauienses, que passaram a agir como parceiros dos governos estadual e municipal. Eles denunciavam a gravidade das moléstias como um risco para aquilo que consideravam como o correto desenvolvimento infantil, resultando em condições de comprometimento físico e mental, além do problema de maior gravidade, que eram os elevados índices de mortalidade. Os médicos contribuíram com os governos, alertando para a necessidade urgente de planejamento de políticas públicas para a criação de unidades de atendimento que fornecessem, sobretudo, serviços de puericultura, visando a prevenção das doenças, mas, também, de obstetrícia e pediatria, que integravam a medicina terapêutica. Com isso, visavam manter a infância saudável, questão urgente a ser resolvida pelo Estado a partir de sua orientação científica.

Os médicos condenavam o exercício tradicional da maternidade, redefinindo-a de acordo com a referência racional da puericultura, considerada mais necessária àquelas crianças que nasciam em meio social desfavorável. Estabelecendo uma prática escriturística, as recomendações médicas partiam da percepção de que as mães eram ignorantes, analfabetas e supersticiosas, sendo, por isso, incapazes de garantir, sozinhas, a condição saudável de seus filhos. Por isso, elas deveriam ser instruídas acerca dos cuidados adequados, especialmente no primeiro ano de vida, no que se referia a aspectos, como a higiene, o descanso, o vestuário e, principalmente, a alimentação, convertida em principal causa das moléstias que elevavam o obituário infantil.

Hábitos e condições de vida passaram a interessar não apenas ao indivíduo e à família, mas aos médicos, guardiães de uma sociedade que deveria tornar-se sadia desde a infância, fazendo parte de uma argumentação que valorizava a formação de um novo indivíduo. Nesse

sentido, o destaque proporcionado à criança como um dos alvos privilegiados na implementação das políticas públicas de saúde, foi resultado de um conjunto de indicadores que modelaram as ações assistenciais em torno da proposta política de construção de um novo país, mais perceptível no período do Estado Novo.

O aspecto administrativo da saúde pública no Piauí, particularmente, no que se referia à proteção materno-infantil, fez parte do processo de reforma política do Brasil realizado durante o período varguista. No entanto, é preciso considerar que, apesar da perspectiva centralizadora do governo federal, as determinações sofreram adequações para atender à condição local. Identificou-se que a instalação de órgãos especializados no enfrentamento do problema da saúde, como a Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, além DEC, dependeram não somente da orientação do DNS, especialmente no que se refere à criação do DNCR, mas, também, entre outras medidas, da estruturação do Departamento de Saúde do Piauí, concluída nos anos 1940, quando foi verificado um incremento na formulação e execução de políticas públicas de saúde para mães e crianças.

Foi verificado que a referência técnica para a sistematização administrativa dos órgãos de saúde pública materno-infantis foi promovida, notadamente, pelos médicos. Foram eles que atuaram na estruturação de diretrizes para iniciativas que, a partir de então, deveriam ser estabelecidas sob a gerência dos poderes públicos. Além disso, em virtude da gravidade do problema da saúde materno-infantil, observou-se que, no Piauí, ocorreu a contribuição efetiva das associações particulares com os poderes públicos locais e os médicos no planejamento de ações conjuntas. Essa iniciativa estava de acordo com os propósitos sociais, problema central que deveria ser enfrentado nas décadas de 1930 e 1940, em contraposição às preocupações políticas, consideradas dominantes até a Primeira República.

No planejamento da proteção à saúde materno-infantil teve destaque a instalação de instituições para a prestação de serviços. O sistema distrital idealizado pelo governo federal foi instalado no Piauí para dotar os municípios do interior, e não somente a capital, de uma rede de atendimento formada por Centros de Saúde e Postos de Higiene, considerada mais eficaz do que o modelo anterior, que incluía os Postos de Saúde e as Delegacias de Higiene.

Conforme a nova organização, os serviços de saúde especializados para gestantes e crianças deveriam ser fornecidos por três Centros de Saúde instalados, respectivamente, nos distritos que tinham sedes nos municípios de Teresina, Parnaíba e Floriano. Entretanto, além da impossibilidade desses poucos estabelecimentos atenderem sozinhos as regiões centro, norte e sul do Piauí, também foi identificado que os serviços de obstetrícia e pediatria eram fornecidos apenas na capital, enquanto nos outros Centros de Saúde continuava sendo fornecida apenas a

clínica geral, que, além de tudo, funcionava prestando serviços precários. O funcionamento dos Postos de Higiene também era problemático, devendo fornecer serviços de clínica geral a uma área extensa, composta por vários municípios e localidades, frequentemente, não dispunham de condições para o atendimento de uma ampla clientela formada, inclusive, por mães e crianças.

Embora até as primeiras décadas do século XX, o público materno-infantil não apareça discriminado nos relatórios dos médicos sobre os procedimentos realizados nas instituições hospitalares, os serviços de clínica geral eram oferecidos sem distinção de sexo e faixa etária. Nos poucos hospitais gerais de origem pública e filantrópica existentes no Piauí, apenas a partir do final da década de 1930, gestantes e crianças começaram a ser atendidas de forma diferenciada com a instalação das clínicas pediátrica e obstétrica. Enquanto isso, instituições especializadas, como maternidades, lactários e postos de puericultura, apenas estavam começando a ser instalados no Piauí. Verificou-se, também, que ocorreu importante participação, sobretudo do poder público estadual, no financiamento da prestação de serviços nas instituições filantrópicas, o que ampliava o grau de relevância da atuação governamental na saúde de mães e crianças.

Apesar da conservação da condição saudável de mães e crianças ser a principal finalidade da política de saúde piauiense, isso não era praticado de forma desejável no cotidiano dos centros de saúde, hospitais gerais, maternidades, postos de higiene, entre outros. Os estabelecimentos de saúde deveriam realizar, prioritariamente, medidas de profilaxia baseadas na puericultura junto às mães, por meio de orientações relativas a aspectos como a alimentação e a higiene, destacando a necessidade de buscar a assistência médica não somente nos casos de doenças, mas, antes, visando à preservação da saúde. No entanto, apesar das orientações, as mães costumavam procurar os serviços médicos para elas e seus filhos, apenas quando existiam enfermidades com maior gravidade.

A dificuldade de acesso das mães e crianças era verificada, em parte, como decorrência da inexistência de unidades de saúde em seus municípios, da distância dos domicílios e do funcionamento precário, aspectos que, juntos, contribuíam para a dificuldade do processo de medicalização. Diante disso, quando as crianças adoeciam, a primeira iniciativa das mães era buscar o conhecimento das mulheres mais velhas da família ou da comunidade na utilização de ervas, ladainhas e benzimentos. A procura pelo médico costumava ocorrer quando a condição da moléstia era agravada, diante dos limites das práticas tradicionais.

Muitos médicos piauienses procuravam, frequentemente, desencorajar as práticas curativas de origem popular, por considerar que elas retardavam o tratamento que consideravam correto, condição que, muitas vezes, segundo eles, poderia resultar em desfecho fatal. Nesse

sentido, foi verificado que os serviços prestados para o tratamento das doenças e não a profilaxia baseada na puericultura, compunham a maior parte dos atendimentos materno-infantis. Esse aspecto era particularmente grave, pois a promoção e a conservação da saúde eram urgentes diante das taxas de mortalidade infantil, que atingiam índices elevadíssimos, principalmente, no primeiro ano de vida.

No decorrer desta tese, mostrou-se que a proteção à saúde de mães e crianças somente adquiriu estatuto de política de governo a partir da década de 1930, principalmente, entre 1937 e 1945, quando o governo do Piauí assumiu, de forma inédita, o enfrentamento da problemática como sendo de sua responsabilidade, mediante a contribuição dos médicos e da filantropia. Apesar da existência de regulamentação federal, com pretensões centralizadoras, concluiu-se que, no Piauí, ocorreram adequações dessas determinações, imprimindo particularidades decorrentes de condições, como as demandas sociais, os interesses políticos locais, a insuficiência orçamentária e a possível falta de racionalidade na aplicação dos recursos. Isso refletiu na organização administrativa da saúde, base para a constituição de políticas públicas materno-infantis. Apesar destas serem precárias na sua execução, especialmente no interior do Estado, resultaram na formulação de novas legislações e regulamentos, criação de órgãos especializados, instalação de instituições como postos de higiene, centros de saúde, lactários e maternidades de caráter público com atuação profilática e terapêutica, bem como na parceria com as instituições de saúde filantrópicas, por meio da concessão de auxílios financeiros e orientação técnica.

No que se refere ao tema das políticas de saúde materno-infantis no Piauí, outras pesquisas poderão ser realizadas. Uma delas é a perspectiva das mães sobre a apropriação das políticas públicas, recorrendo-se às obras literárias, pois a utilização da história oral pode ser mais adequada em casos de temporalidades um pouco mais recentes do que o período estudado nesta tese. Também pode ser realizado o estudo das instituições de saúde públicas e filantrópicas que prestavam serviços para mães e crianças, não somente ao que se refere às ações terapêuticas de pediatria e obstetrícia realizadas em hospitais, postos de saúde, maternidades, lactários e postos de puericultura, mas também com relação às iniciativas de orientação das mães com relação às práticas de cuidado para a preservação da saúde de seus filhos. Isso pode ser acessado por meio de fontes primárias institucionais existentes nos próprios municípios em que estavam instaladas, às quais não houve possibilidade de acesso devido aos objetivos da pesquisa, que implicavam na análise de uma ampla e diversificada quantidade de fontes primárias.

Outra possibilidade de pesquisa trata da atuação das entidades filantrópicas femininas, visando à investigação das iniciativas de algumas lideranças, bem como das redes formadas por meio da assistência. Isso pode ser realizado por meio de documentos produzidos por filantropas e filantropos no exercício de suas atividades, além de biografias e autobiografias, como também da imprensa não oficial. A pesquisa também aponta para a necessidade de análise da história da medicina, com o surgimento dos médicos especialistas em puericultura, obstetrícia, pediatria e a continuidade da clínica geral, além do processo de medicalização da sociedade piauiense diante das práticas populares de cura, em que se destaca o processo de hospitalização do parto.

A principal perspectiva que deve ser considerada nos novos estudos de políticas públicas de saúde materno-infantil é a análise da dinâmica das iniciativas regionais que, diante das orientações centralizadoras, que forneciam padrões para a formulação e a realização de medidas de proteção, frequentemente tiveram que adequá-las às condições variáveis de execução nos âmbitos estadual e municipal. Além disso, outras pesquisas deverão proporcionar contribuição relevante ao analisar que, apesar de ter assumida a responsabilidade pela formulação, orientação, execução e fiscalização das políticas materno-infantis, é importante considerar que o Estado não agiu sozinho diante da extensão e da gravidade dos problemas, ocorrendo a participação efetiva de outros setores sociais, entre os quais se destacavam os médicos e a filantropia. Isso se verifica, especialmente, no que se refere à prestação de atendimentos destinados às mães e crianças nas unidades de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÔNICAS

LIVROS, DISSERTAÇÕES, TESES E RELATÓRIOS

ALMEIDA, Wilson Castelo de. **Higiene e puericultura**: noções práticas de medicina preventiva. Rio de Janeiro: Júpiter, 1971.

ALVARENGA, Antônia Valtéria Melo. **Nação, país moderno, povo saudável**: política de combate à lepra no Piauí. Teresina: EDUFPI, 2013.

ARAÚJO, Maria Mafalda Balduino de. **Cotidiano e imaginário**: um olhar historiográfico. Teresina: EDUFPI/ Instituto Dom Barreto, 1997.

_____. **Cotidiano e pobreza**: a magia da sobrevivência em Teresina. 2. ed. Teresina: EDUFPI, 2010.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

AVANZINI, Claudinéia Maria Vischi. **As origens do Hospital das Crianças**: saúde e educação em Curitiba, 1917-1932. 2011. 124 f. (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, 2011.

BAPTISTA, João Gabriel. **Mapas geo-históricos**. Teresina: Haley, 1986.

BESSE, Susan K. **Modernizando a desigualdade**: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil: 1914-1940. São Paulo: EDUSP, 1999.

BIBLIOTECA Médica Online. **Manual MSD**: edição de saúde para a família. [2016?]. Disponível em: <<http://www.manuaismsd.pt/?id=247&cn=2051&ss=>>. Acesso em: 16 set. 2016.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas**: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CAPELATO, Maria Helena. **Multidões em cena**: propaganda política no varguismo e no peronismo. 2. ed. São Paulo: UNESP, 2009.

CARVALHO, Afonso Ligório Pires de. **Tempos de Leônidas Mello**. 2. ed. Teresina: EDUFPI, 2007.

CARVALHO, José Murilo de. **A formação das almas**: o imaginário da República no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

_____. **Cidadania no Brasil, o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: 1. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 2005.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**: Cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

CHAVES, Monsenhor. **Obra completa**. Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 1998.

COLUCCI, Sandra Regina. **Mães, médicos e charlatões**. São Paulo: Scortecci, 2008.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia. São Paulo: UNESP, 2009.

ENGEL, Magali. **Meretrizes e doutores**: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890). São Paulo: Brasiliense, 2004.

ENGENHARIA civil. **Dicionário online de engenharia civil e construção civil**. [2016?]. Disponível em: <<http://www.engenhariacivil.com/dicionario/>>. Acesso em: 18 set. 2016.

ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. New Jersey: Princeton University Press, 1990. Disponível em: <[http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.Topic 113 4169.files.pdf](http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.Topic%201134169.files.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2013.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos**: seguridade na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FONSECA, Cristina. **Saúde no governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, mães e médicos**: discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

GESTEIRA, Raymundo Martagão. **Puericultura**. Rio de Janeiro: Pan-americana, 1945.

GONÇALVES, Marcos. **As tentações integralistas**: um estudo sobre as relações entre catolicismo e política no Brasil (1908- 1937). 2009. 364 f. Tese (Doutorado em História) - Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, 2009.

HEYWOOD, Colin. **Uma história da infância**: da Idade Média à época contemporânea no Ocidente. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998.

IAMAMOTO, Marilda V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

LARSEN, Eirinn. **Gender and welfare state**: Maternalism – a new historical concept? A thesis submitted for the degree of cand. philol. Department of History, University of Bergen, Norway, 1996. Disponível em: <[http:// http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12869](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12869)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

LENHARO, Alcir. **Sacralização da política**. Campinas: Papyrus, 1986.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

MARCÍLIO, Maria Luiza. **História social da criança abandonada**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MARIANO, Hélvio Alexandre. **A Assistência à infância e o amparo à maternidade no Brasil entre os anos de 1927-1940**. São Paulo: Scortecci, 2011.

MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. **Entre letras e bordados**: o tecer das tramas na história das normalistas em Teresina (1930-1949). 2008. 183f. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, 2008.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **O poder da benevolência**: a participação das mulheres nas políticas do Estado Novo Brasileiro. 2015 (Relatório de bolsa de pesquisa em produtividade apresentado ao CNPq).

_____. **Reflexões sobre a memória e o esquecimento do protagonismo público de mulheres de elite**. 2015-2016 (Relatório apresentado ao CNPq como bolsista sênior de pós-doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense - UFF).

_____. **Visões do feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MELLO, Leônidas de Castro. **Trechos do meu caminho**. Teresina: COMEPI, 1976.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da Colônia**: limites e espaços da cura. 2. ed. Recife: UFPE, 2011.

NASCIMENTO, Francisco Alcides do. **A cidade sob o fogo**: modernização e violência policial em Teresina (1937-1945). Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 2002.

NUNES, Odilon. **Pesquisas para a história do Piauí**. Teresina: FUNDAPI, 2007. v.1.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2007.

PEREIRA, Júnia Sales. **História, ciência e infância**: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil**: o presente no passado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

PERROT, Michelle. **História dos quartos**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Perseu Abramo, 2003.

QUEIROZ, Teresinha de Jesus Mesquita. **As diversões civilizadas em Teresina: 1880-1930**. Teresina: FUNDAPI, 2008.

_____. **Economia piauiense: da pecuária ao extrativismo**. Teresina: EDUFPI, 2006.

_____. **História, literatura, sociabilidades**. Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 1998.

_____. **Os literatos e a República: Clodoaldo Freitas, Higino Cunha e as tiranias do tempo**. 2 ed. Teresina: EDUFPI, 1998.

RAMOS, Francisco Ferreira. **Memorial do Hospital Getúlio Vargas: contexto histórico-político- econômico- sócio-cultural (1500-2000)**. Teresina: Gráfica do Povo, 2003.

RIZZINI, Irene. **O Século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROCHA, José Martinho da. **Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil (1500-1882)**. Rio de Janeiro: [s. n.], 1947.

SCHWARTZMAN, Simon; BOMENY, Helena; COSTA, Vanda. **Tempos de Capanema**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

SIMILI, Ivana Guilherme. **Mulher e política: a trajetória da primeira-dama Darcy Vargas (1930-1945)**. São Paulo: UNESP, 2008.

ARTIGOS E CAPÍTULOS DE REVISTAS, ANAIS E LIVROS

AMARAL, Marivaldo Cruz do. Mulheres, imprensa e higiene: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 927-944, out.-dez. 2008.

ARAÚJO, Maria Mafalda Balduino de. Na trama urbana: personagens, experiências e imagens (Teresina, 1877-1910). In: EUGÊNIO, João Kennedy (Org.). **Histórias de vário feitio e circunstância**. Teresina: Instituto Dom Barreto: 2001. p. 234-252.

AREND, Sílvia Maria Fávero. De exposto a menor abandonado: uma trajetória jurídico-social. In: VENÂNCIO, Renato Pinto (Org.). **Uma história social do abandono de crianças: de Portugal ao Brasil, séculos XVIII-XX**. São Paulo: Alameda, 2010. p. 339-359.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Dar à luz no Rio de Janeiro da *belle époque*: o nascimento das maternidades (1870-1920). In: SANGULAR, Gisele. et. al. **Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal**. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p. 185-202.

BERTUCCI, Liane Maria. Para a saúde da criança: educação do trabalhador nas teses médicas e nos jornais operários em São Paulo, início do século XX. **Revista Mundos do Trabalho**, Santa Catarina, v. 7, n. 13, p. 27-42, jan./jun. 2015.

BOCK, Gisela. Antinatalismo, maternidad y paternidad em el racismo nacionalsocialista. In: BOCK, Gisela; THANE, Pet. (Eds.) **Maternidad y políticas de género: la mujer em los estados de bienestar europeos, 1880-1950**. Madrid: Cátedra, 1996. p. 401-437.

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 133-184, jul./dez. 1995.

CAPELATO, Maria Helena. O Estado Novo: o que trouxe de novo? In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (Orgs.). **O tempo do nacional-estatismo: do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 107-143.

_____. Propaganda política e controle dos meios de comunicação. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro. FGV: 1999. p. 167-178.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 87-124.

CARDOSO, Adalberto. Uma utopia brasileira: Vargas e a construção do Estado de bem-estar numa sociedade estruturalmente desigual. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 775-819, 2010.

CASTRO SANTOS, Luiz A. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

_____. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 249- 293.

CODATO, Adriano. Estado Novo no Brasil: um estudo da dinâmica das elites políticas regionais em contexto autoritário. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 305-330, 2015.

_____. Intervenção estatal, centralização política e reforma burocrática: o significado dos departamentos administrativos no Estado Novo. **Revista do Serviço Público**, Brasília, n. 62, v. 3, p. 321-339, jul./set. 2011.

_____. Os mecanismos institucionais da ditadura de 1937: uma análise das contradições do regime de Interventorias Federais nos estados. **História**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 189-208, jul./dez. 2013.

DEL PRIORE, Mary. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: _____. (Org.). **História das crianças no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2009. p. 84-106.

DEUS, Maria Castelo Branco Rocha de. História da ginecologia. In: SANTOS JÚNIOR, Luiz Aírton (Org.). **História da medicina no Piauí**. Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003. p. 265-276.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processos políticos no Brasil. In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (Orgs.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 33-96.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. A Saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas, **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 97-115, 1993.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996. p. 79-98.

FREIRE, Maria Martha de Luna. Quando a caridade encontra a ciência: um olhar sobre a trajetória do dr. Arthur Moncorvo Filho. In: SANGLARD, Gisele. et. al. **Filantropos da nação**: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p. 113-148.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Revista Interface**: comunicação, saúde e educação, São Paulo, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>> Acesso em: 13 out. 2013.

GOMES, Ângela de Castro. Cultura política e histórica no Estado Novo. In: ABREU, Martha (Org.). **Cultura política e leituras do passado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 43-63.

_____. Introdução. In: _____. (Coord.). **Regionalismo e centralização política**: partidos e constituinte nos anos 30. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. p. 23-131.

GONDRA, José G. “Modificar com brandura e prevenir com cautela” Racionalidade médica e higienização da infância. In: FREITAS, MARCOS Cezar de; KUHLMANN JÚNIOR, Moysés (Orgs.). **Os intelectuais na história da infância**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 289-318.

GUIMARÃES, Humberto Soares. História da Santa Casa de Misericórdia de Teresina. In: SANTOS JÚNIOR, Luiz Ayrton (Org.). **História da medicina no Piauí**. Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003. p. 79-82.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93.

LACERDA, Aline Lopes de. “A obra getuliana” ou como as imagens comemoram o regime. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 14, p. 241-264, 1994.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. “Pouca Saúde e Muita Saúva”: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 493-533.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de

Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p.23-11. Disponível em: < <http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

LOPES, Thiago da Costa. Intelectuais, puericultura e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940). In: XVI Encontro Regional de História da ANPUH-Rio, de 28 de julho a 01 de agosto de 2014. **Anais**, Rio de Janeiro-RJ, 2014. p. 1-9. Disponível em: <[http:// www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/.pdf](http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/.pdf)>. Acesso em: 23 abr. de 2015.

LUZ, Madel T. Prefácio. In: PEREIRA, NETO. André de Faria. **Ser médico no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 9-12.

MACEDO, Antônio da Silva. História da pediatria. In: SANTOS JÚNIOR, Luiz Ailton (Org.). **História da medicina no Piauí** Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003. p. 277- 286.

MACIEL, Maria Eunice de S. A eugenia no Brasil. **Anos 90**, Porto Alegre, n. 11, p. 126-7, jul. 1999.

MARCÍLIO, Maria Luíza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil. 1726- 1950. In: FREITAS, Marcos Cezar de (Org.). **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 53-79.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia no século XIX. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, 2006.

_____. A feminização da filantropia. **Gênero**, Niterói, v. 15 n. 2, p. 13-28, 2015/1.

_____. Dos pais pobres ao pai dos pobres: cartas de pais e mães ao presidente Vargas e a política familiar do Estado Novo. **Diálogos**, DHI/PPH/UEM, v. 12, n. 2/ n. 3, p. 209-235, 2008.

_____. Entre a benemerência e as políticas públicas: a atuação da Liga Baiana contra a mortalidade infantil no começo do século XX. **Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 43-60, 2º sem. 2005.

_____. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 15-34, dez. 2011.

_____. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. **Humanitas**, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

_____. “Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro v. 15, n. 1, p. 135-154, jan./mar. 2008.

MAUAD, Ana Maria. Através da imagem: fotografia e história, interfaces. **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 1996.

MELO FILHO, Antônio. **Teresina, a condição da saúde pública na Primeira República (1889-1930)**. 2000. 183f. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2000.

MOTT, Maria Lúcia. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). **Cadernos Pagu**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 199-234, 2001.

MOURA, Esmeralda Blanco. O fim, o meio e a forma: O Brasil desejado, a infância e a lei na Assembleia Constituinte de 1934. In: MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima (Orgs.). **Infância & saúde: perspectivas históricas**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2009. p. 21-59.

NEVES, Frederico de Castro. Getúlio e a seca: políticas emergenciais na Era Vargas. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 21, n. 40, p. 107-131, 2001.

OLIVI, Maria de Lourdes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A mãe sob suspeita: falando da saúde da criança em idade escolar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 213-221, 2007.

PANDOLFI, Dulce Chaves. Os Anos 1930: as incertezas do regime. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (Orgs.). **O tempo do nacional-estatismo: do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 13-38.

PASSETTI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). **História das crianças no Brasil**. 6. ed, São Paulo: Contexto, 2009. p. 347-376.

PAZ, Renato Ferreira; MARTINS, Ursulino Veloso de Sousa. História da Maternidade São Vicente. In: SANTOS JÚNIOR, Luiz Airton (Org.). **História da medicina no Piauí**. Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003. p. 127-130.

PEREIRA, André Ricardo. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 19, n. 38, p. 165-198, 1999.

PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene. Conclusão. In: _____. (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: 2011. p. 323-329.

PORTAL Brasil. **A História das cédulas e moedas nacionais**. [2016?]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2009/11/historia-das-credulas-e-moedas-nacionais>>. Acesso em: 18 set. 2016.

PROST, Antoine. Fronteiras e Espaços do Privado. In: PROST, Antoine; VINCENT, Gerard (Orgs.). **História da vida privada: da Primeira Guerra aos nossos dias**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p. 13- 154. v. 5.

RISI JÚNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. (Org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 117-134. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

RIZZINI, Irma. Meninos desvalidos e menores transviados: a trajetória da assistência pública até a Era Vargas. In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (Orgs.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3 ed. São Paulo: 2011. p. 225-286.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez.1995.

SILVA, Robson Roberto da. Principais políticas de combate à fome implementadas no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 1-19, nov. de 2006.

SOCIEDADE Brasileira de Pediatria (SBP). **Olympio Olinto de Oliveira (1866-1956)**. [2016?]. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/institucional/academia-brasileira-da-pediatria/patronos-e-titulares/olympio-olinto-de-oliveira/>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

SOIHET, Raquel. História das mulheres e história de gênero: um depoimento. **Cadernos Pagu**, v. 11, p. 77-87, 1998.

SORLIN, Pierre. Indispensáveis e enganosas: as imagens, testemunhas da história. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 13, p. 81-95, 1994.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 65-86.

SOUZA, Gustavo Santos de. História da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. In: SANTOS JÚNIOR, Luiz Ayrton (Org.). **História da medicina no Piauí**. Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003. p. 83-88.

STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 331-392.

THIELEN, Eduardo Vilela; SANTOS, Ricardo Augusto dos. Belisário Pena: notas fotobiográficas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 387-404, maio/ago. 2002.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. Composição social dos irmãos e dirigentes da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil (1847-1922). In: SANGLARD, Gisele. et. al. **Filantropos da nação**: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p. 55-76.

VAILATI, Luiz Lima. A mortalidade infantil e a institucionalização da medicina no Brasil. In: MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima (Orgs.). **Infância & saúde**: perspectivas históricas. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2009. p. 171-193.

VELLOSO, Monica Pimenta. Os intelectuais e a política cultural do Estado Novo. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (Orgs.). **O tempo do nacional-estatismo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 145-179.

WEBER, Beatriz. Médicos e charlatanismo: uma história de profissionalização no Sul do Brasil. In: LINHARES, Mozart (Org.). **História, medicina e sociedade no Brasil**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. p. 95- 128.

REFERÊNCIAS DAS FONTES PRIMÁRIAS

ARTIGOS DE JORNAIS E REVISTAS

ABONO familiar. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIII, n. 149, p. 12, 04 de dez. de 1943.

ABONO. **Gazeta**, Teresina, ano XXXII, n. 1.322, p. 4, 09 de maio de 1943.

A CIDADE. **O Piauí**, Teresina, ano LVII, n. 46, p. 3, 10 de fev. de 1946.

A CRENÇA imorredora. **Gazeta**, ano XXXIII, n. 1.321, p. 4, 01 de jan. de 1943.

ALMEIDA, Noronha. Proteção à infância. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 6, p. 3-9, 1943.

AMBULATORIO de pediatria e puericultura da Santa Casa. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 16, p. 5, 21 de jan. de 1941.

ANIVERSÁRIO de dez anos de governo Leônidas Mello. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 49, p. 11, 03 de maio de 1945.

APRENDA a defender seu filho. **Diário Oficial**, Teresina, ano VIII, n. 22, p. 9, 29 de jan. de 1938.

A SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 199, p. 4-5, 31 de agosto de 1939.

A SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 214, p. 12, 19 de set. de 1939.

A SEMANA Nacional da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 201, p. 6, 02 de set. de 1939.

ASSISTENCIA aos desamparados. **Diário Oficial**, Teresina, ano VIII, n. 20, p. 7, 27 de jan. de 1938.

ASSISTENCIA social. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 107, p. 12, 17 de maio de 1941.

ASSUNÇÃO, Vitorino de. Habitação popular em Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 6, p. 3, 1943.

_____. Mortalidade infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n.1, p. 10-21, 1939.

CALOR e diarreia. **Diário Oficial**, Teresina, ano VII, n. 258, p. 4-6, 20 de nov. de 1937.

CARVALHO, José Epifânio de. O tracoma no Piauí. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 2, p. 119-124, 1939.

CERIMÔNIA de entrega do abono familiar em Campo Maior. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 24, p. 8, 26 de fev. de 1944.

COMISSÃO Nacional de Proteção à Família. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 282, p. 1, 14 de dez. de 1939.

CONDIÇÕES sanitárias: organização hospitalar e serviços de saúde no Piauí. **Diário Oficial**, Teresina, ano II, n.272, p. 4, 7 de dez. de 1932.

CONSELHO Central da Sociedade de S. Vicente de Paula. **O Apóstolo**, Teresina, ano I, n. 8, p. 4, 7 de jul. de 1907.

CONSTRUÇÃO da Casa da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIII, n. 115, p. 1, 18 de set. de 1943.

DECRETO Federal nº 2.024. Organiza a proteção à infância, à maternidade e à adolescência. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 46, p. 2-3, 26 de fev. de 1940.

DECRETO-LEI Estadual nº 286. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 185, p. 3, 17 de ago. de 1940.

DECRETO-LEI Federal nº 3.200. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 95, p. 5-7, 30 de abr. de 1941.

DEPARTAMENTO de Saúde. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 95, p. 87, 3 de maio de 1942.

DEZ anos de governo. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 50, p. 5, 05 de maio de 1945.

DIRETORIA da Sociedade de Amparo à Infância. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 127, p. 8, 18 de out. de 1945.

DOUTOR Antônio Noronha assume a diretoria do Departamento Estadual da Criança. **Diário Oficial**, ano XIV, n. 52, p. 12, 29 de abr. de 1944.

ENTREVISTA do governador. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 247, p. 12, 6 de nov. de 1941.

ESTATUTOS da Liga de Assistência à Maternidade e Infância de União. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 69, p. 8-9, 8 de jun. de 1944.

ESTATUTOS da Santa Casa de Misericórdia de Teresina. **Diário Oficial**, ano II, n. 30, p. 5, 4 de fev. de 1932.

ESTATUTOS da Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Parnaíba. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 163, p. 6, 22 de jul. de 1940.

ESTATUTOS da Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Periperi. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 33, p. 7. 26 de mar. de 1945.

ESTATUTOS do Instituto de Amparo Social. **Diário Oficial**, Teresina, ano VI, n. 74, p. 4, 3 de abr. de 1936.

ESTATUTOS do Lactário Suzanne Jacob. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 69, p. 8-14, 24 de mar. de 1939.

EXCURSÃO do interventor a Parnaíba. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 83, p. 1, 12 de abr. de 1940.

EXCURSÃO do interventor Leônidas Mello. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIII, n. 122, p. 2, 5 de out. de 1943.

EXCURSÃO interventorial pelo interior do Piauí. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 10, p. 1, 14 de jan. de 1942.

INTERVENTOR Landry Salles Gonçalves. **Diário Oficial**, Teresina, ano III, n. 137, p. 1, 22 de jun. de 1934.

INTERVENTOR Leônidas Mello. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 180, p. 1, 14 de ago. de 1941.

LBA no Piauí. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 222, p. 1, 15 de out. de 1942.

LEGIÃO Brasileira de Assistencia: Estatutos. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 239, p. 5-13, 13 de nov. de 1942.

LEÔNIDAS Mello: 9 anos de governo. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 52, p. 1, 3 de maio de 1944.

LIMA, Olavo Alexandrino Corrêa. Assistência à infância no Piauí. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, número especial, p. 12-16, 1941.

_____. Rendimento de um ambulatório de pediatria. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 8, p. 15-20, dez. de 1939.

NOGUEIRA, Equililérico. Noticiário: Lactário Suzanne Jacob. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, n. 2, p. 149-153, 1939.

NOSSO estado sanitário. **Nortista**, Parnaíba, ano I, n. 42, p. 5, 19 de out. de 1901.

O ANIVERSÁRIO do presidente Getúlio Vargas. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 87, p. 4, de 20 de abr. de 1942.

O DIA da Árvore. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 211, p. 1, 22 de set. de 1941.

O DIA da Independência. **Diário Oficial**, ano XIV, n. 110, p. 2, 9 de set. de 1944.

O MUNICÍPIO de Piracuruca rumo ao progresso. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIII, n. 107, p. 5, 28 de ago. de 1943.

O PERIGO da limitação da prole. **Diário Oficial**, Teresina, ano XI, n. 146, p. 7, 5 de jul. de 1941.

O PREFEITO de Oeiras. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 160, p. 4, 30 de dez. de 1944.

O PRESIDENTE e as crianças. **Diário Oficial**, Teresina, ano X, n. 250, p. 1, 11 de nov. de 1940.

PALESTRA do médico Domingos Matos Pereira. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 128, p. 1-6, 20 de out. de 1945.

PATRIMONIO. **Fiat Lux**, Theresina, ano I, n. 11, p. 4, 10 de fev. de 1890.

POLIOMYELITIS e paralisia infantil. **Diário Oficial**, Teresina, ano VII, n. 202, p. 12, 9 de set. de 1937.

POLÍTICA sanitária do governo Leônidas Mello. **Diário Oficial**, ano XI, n. 193, p. 4, 30 de ago. de 1941.

REFORMULAÇÃO do Departamento de Saúde do Piauí. **Diário Oficial**, Theresina, ano VIII, n. 206, p. 12, 15 de set. de 1938.

RELATÓRIO anual da Caixa Beneficente dos Mendigos de Teresina. **Diário Oficial**, Teresina, ano IV, n. 61, p. 2, 16 de mar. de 1934.

RELATÓRIO apresentado ao presidente da República pelo interventor Landry Salles Gonçalves, referente ao exercício de 1931. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 58, p. 3, 09 de mar. de 1932.

RELATÓRIO apresentado ao presidente da República pelo interventor Leônidas de Castro Mello, referente ao exercício de 1943. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 144, p. 1-10, 23 de novembro de 1944.

RELATÓRIO do Departamento de Saúde Pública. **Diário Oficial**, Teresina, ano VIII, n. 219, p. 7, 30 de set. de 1938.

SALUSTO. A cidade *black-out*... **O Piauí**, Teresina, ano LVIII, n. 199, p. 3, 11 de mar. de 1947.

SANTA Casa de Misericórdia. **O Apóstolo**, Theresina, ano III, n. 133, p. 3, 26 de dez. de 1909.

SAÚDE pública do Piauí: paralisia infantil. **Diário Oficial**, Teresina, ano VII, n. 204, p. 12, 11 de set. de 1937.

SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 199, p. 4-5, 31 de agosto de 1939.

SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIII, n. 121, p. 3, 12 de out. de 1943.

SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 127, p. 2, 17 de out. de 1944.

SERVIÇOS materno-infantis. **Diário Oficial**, Teresina, ano IX, n. 149, p. 2, 4 de jul. de 1939.

SILVA, Cândido. Centro de Saúde de Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 22-50, 1939.

SOCIEDADE de Amparo à Infância. **Diário Oficial**, Teresina, ano XV, n. 97, p. 16, 11 de ago. de 1945.

SOCIEDADE Piauiense de Medicina e Cirurgia. **Diário Oficial**, ano VIII, n. 145, p. 13, 2 de jul. de 1938.

SUBVENÇÃO a Santa Casa. **Nortista**, Parnaíba, anno I, n. 46, p. 1, 17 de nov. de 1901.

TERESINA cidade modelo. **Gazeta**, Teresina, ano XXXIII, n. 1.418, p. 3, 19 de set. de 1943.

CAIXAS E CÓDICES DE SAÚDE

PIAUHY. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado por Delbão Rodrigues, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, para o Sr. Dr. Euripedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, sobre as Atividades Realizadas no Anno de 1917. **Caixa de Saúde de 1917**. Therezina: [s.n.], 1918.

PIAUHY. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado por João Osório Porphirio da Motta, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina, para o Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado, sobre as Atividades Realizadas no Anno de 1920. **Caixa de Saúde de 1920**. Therezina: [s.n.], 1921.

PIAUHY. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado por Júlio Rosa, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina, para o Exmo. Sr. Dr. João de Deus Pires Leal, Governador do Estado, sobre as Atividades Realizadas no Anno de 1927. **Caixa de Saúde de 1927**. Therezina: [s.n.], 1928.

PIAUHY. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado por Pedro Augusto de Souza Mendes, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina, para o Sr. Dr. Euripedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, sobre as Atividades Realizadas no Anno de 1916. **Caixa de Saúde de 1916**. Therezina: [s.n.], 1917.

PIAUHY. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado por Pedro Augusto de Souza Mendes, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina, para o Sr. Dr. Euripedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, sobre as Atividades Realizadas no Anno de 1917. **Caixa de Saúde de 1917**. Therezina: [s.n.], 1918.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Diretor Miguel Jogaib sobre os Serviços Realizados em 1943 no Centro de Saúde de Parnaíba. **Código de Saúde de 1943**. Teresina: [s.n.], 1944.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Adail Monteiro de Miranda sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Pedro II em 1941. **Código de Saúde de 1941**. Teresina: [s.n.], 1942.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Adail Monteiro de Miranda sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Pedro II em 1942. **Código de Saúde de 1942**. Teresina: [s.n.], 1943.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Agenor Martins de Araújo Costa sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de São João do Piauí em 1941. **Código de Saúde de 1941**. Teresina: [s.n.], 1942.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Agenor Martins de Araújo Costa sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de São João do Piauí em 1942. **Código de Saúde de 1942**. Teresina: [s.n.], 1943.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Ângelo Leite sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Valença em 1938. **Código de Saúde de 1938**. Teresina: [s.n.], 1939.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Francisco Ayres Cavalcante sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Amarante em 1939. **Código de Saúde de 1939**. Teresina: [s.n.], 1940.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Jacob Teixeira Castelo Branco sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Campo Maior em 1941. **Código de Saúde de 1941**. Teresina: [s.n.], 1942.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Mariano Lucas de Sousa sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Porto Alegre em 1942. **Código de Saúde de 1942**. Teresina: [s.n.], 1943.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Paulo de Tarso Ribeiro Gonçalves sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Oeiras em 1938. **Código de Saúde de 1938**. Teresina: [s.n.], 1939.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Raimundo Martins de Souza Santos sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Bom Jesus em 1941. **Código de Saúde de 1941**. Teresina: [s.n.], 1942.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Médico Raimundo Mendes de Carvalho sobre as Atividades Realizadas no Posto de Higiene do Município de Porto Alegre em 1938. **Código de Saúde de 1938**. Teresina: [s.n.], 1939.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório Apresentado pelo Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba sobre os Serviços Realizados em 1940. **Código de Saúde de 1940**. Teresina: [s.n.], 1941.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório sobre as Condições de Funcionamento do Centro de Saúde de Parnaíba em 1943, por Ocasão do Pedido de Exoneração do Diretor Miguel Jogaib. **Código de Saúde de 1943**. Teresina: [s.n.], 1943.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório sobre os Serviços Realizados em 1942 no Centro de Saúde de Floriano, Apresentado pelo Diretor Sebastião Costa. **Código de Saúde de 1942**. Teresina: [s.n.], 1943.

PIAUÍ. Departamento de Saúde. Relatório sobre os Serviços Realizados em 1943 no Município de Buriti dos Lopes, Apresentado pelo Dr. Miguel Jogaib. **Código de Saúde de 1943**. Teresina: [s.n.], 1944.

PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado pelo Diretor Manoel Sotero Vaz da Silveira sobre os Serviços Realizados em 1935 na Diretoria de Saúde Pública. **Código de Saúde de 1935**. Teresina: [s.n.], 1936.

PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado pelo Provedor Acrísio da Costa Furtado sobre os Serviços Realizados na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba em 1932. **Código de Saúde de 1932**. Teresina: [s.n.], 1933.

PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado pelo Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina para o Diretor da Diretoria de Saúde Pública sobre as Atividades Realizadas no Ano de 1934. **Código de Saúde de 1934**. Teresina: [s.n.], 1935.

PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório Apresentado pelo Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Teresina para o Diretor da Diretoria de Saúde Pública sobre as Atividades Realizadas no Ano de 1937. **Código de Saúde de 1937**. Teresina: [s.n.], 1938.

PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório sobre os Serviços Realizados em 1931 na Inspetoria de Higiene Escolar, Apresentado pelo Diretor José Epifânio de Carvalho. **Código de Saúde de 1931**. Teresina: [s.n.], 1932.

PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório sobre os Serviços Realizados em 1932 pelo Diretor Francisco Freire de Andrade no Departamento de Saúde Pública do Piauí. **Código de Saúde de 1932**. Teresina: [s.n.], 1933.

PIAUÍ. Diretoria de Saúde Pública. Relatório sobre os Serviços Realizados pelo Médico Sebastião Martins na Delegacia de Saúde do Município de Floriano, em 1933. **Código de Saúde de 1933**. Teresina: [s.n.], 1934.

LEGISLAÇÃO

BRASIL. Constituição (1891). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1891**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.html>. Acesso em: 15 fev. 2015.

BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1934**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.html>. Acesso em: 9 jan. 2014.

BRASIL. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.html>. Acesso em: 9 jan. 2014.

BRASIL. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937.** Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <[http:// www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939.html)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

PIAUHY. Decreto-Lei nº 478, de 24 de março de 1911. Concede auxílio extraordinário para o Hospital São Vicente de Paula. **Leis e Decretos do Anno de 1911.** Therezina: Imprensa Oficial, 1911.

PIAUHY. Lei nº 1.124, de 30 de junho de 1925. Adota medidas de assistência e proteção aos menores de qualquer sexo, abandonados ou delinquentes, de acordo com o Decreto Federal nº 16.272, de 20 de dezembro de 1923. **Leis de 1925.** Therezina: Imprensa Oficial, 1925.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 779, de 18 de abril de 1944. Cria o Departamento Estadual da Criança e dá outras providências. **Decretos do Piauí de 1944.** Teresina: Imprensa Oficial, 1945.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 603, de 20 de agosto de 1942. Concede recursos para a Maternidade Marques Basto. **Decretos do Piauí de 1942.** Teresina: Imprensa Oficial, 1942.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 601, de 20 de agosto de 1942. Concede recursos para a reconstrução do prédio do Hospital Miguel Couto, da cidade de Floriano. **Decretos do Piauí de 1942.** Teresina: Imprensa Oficial, 1942.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 115, de 20 de agosto de 1938. Concede subvenção ao Lactário Suzanne Jacob. **Leis e Decretos do Piauí de 1938.** Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 482, de 31 de dezembro de 1941. Concede auxílio para a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. **Leis e Decretos do Piauí de 1941.** Teresina: Imprensa Oficial, 1941.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 496, de 24 de fevereiro de 1942. Transfere o Hospital de Floriano para o Instituto de Assistência Hospitalar. **Decretos do Piauí de 1942.** Teresina: Imprensa Oficial, 1942.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 690, de 01 de julho de 1943. Cria anexo ao Instituto de Assistência Hospitalar a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. **Decretos do Piauí de 1943.** Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 1.464, de 21 de julho de 1933. Eleva as Delegacias de Saúde de Floriano e Parnaíba à condição de Dispensários. **Decretos do Piauí de 1933.** Teresina: Imprensa Oficial, 1933.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 360, de 2 de maio de 1941. Cria o Instituto de Assistência Hospitalar no Estado do Piauí. **Decretos do Piauí de 1941.** Teresina: Imprensa Oficial, 1941.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 529, de 19 de maio de 1942. Realiza o pagamento do terreno para construção da Maternidade de Parnaíba. **Decretos do Piauí de 1942.** Teresina: Imprensa Oficial, 1942.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 144, de 12 de novembro de 1938. Aprova o regulamento para o Departamento de Saúde. **Decretos do Piauí de 1938.** Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 318, de 29 de novembro 1940. Autoriza o orçamento para o exercício de 1941. **Decretos do Piauí de 1940**. Teresina: Imprensa Oficial, 1941.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 730, de 17 de novembro de 1943. Concede abono familiar. **Decretos do Piauí de 1943**. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 708, de 15 de setembro de 1943. Autoriza a compra de um terreno para a construção da Casa da Criança. **Decretos do Piauí de 1943**. Teresina: Imprensa Oficial, 1943.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 206, de 21 de setembro de 1939. Fornece nova denominação para o Departamento de Estatística do Estado. **Decretos do Piauí de 1939**. Teresina: Imprensa Oficial, 1939.

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 123, de 14 de setembro de 1938. Reorganiza os Serviços Sanitários do Piauí e dá outras providências. **Decretos do Piauí de 1938**. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

PUBLICAÇÕES OFICIAIS

PIAUHY. Governo 1896-1900. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa, a 1º de junho de 1897, pelo Dr. Raymundo Arthur de Vasconcellos, Governador do Estado**. Therezina: Typ. do Piauhy, 1897.

PIAUHY. Governo 1896-1900. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa, a 1º de junho de 1899, pelo Dr. Raymundo Arthur de Vasconcellos, Governador do Estado**. Therezina: Typ. do Piauhy, 1899.

PIAUHY. Governo 1928-1930. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa do Estado do Piauhy, a 1º de junho de 1929, pelo Governador, Exmo. Sr. Dr. João de Deus Pires Leal**. Therezina: Imprensa Oficial, 1929.

PIAUHY. Governo 1892-1896. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa do Estado do Piauhy, pelo Governador Dr. Coriolano de Carvalho e Silva, em 7 de setembro de 1895**. Therezina: Typ. do Piauhy, 1895.

PIAUHY. Governo 1928-1930. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa do Estado do Piauhy, pelo Governador Dr. João de Deus Pires Leal, em 1º de junho de 1930**. Therezina: Imprensa Oficial, 1930.

PIAUHY. Governo 1904-1907. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa no Dia 10 de junho de 1905 pelo Exm. Sr. Dr. Alvaro de Assis Osorio Mendes, Governador do Estado**. Therezina: Typ. do Piauhy, 1905.

PIAUHY. Governo 1916-1920. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa no Dia 1º de junho de 1919 pelo Exm. Sr. Dr. Euripedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado**. Therezina: Typ. do Piauhy, 1919.

PIAUHY. Governo 1912-1916. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa no Dia 1º de junho de 1913 pelo Exm. Sr. Dr. Miguel de Paiva Rosa, Governador do Estado**. Therezina: Typ. do Piauhy, 1913.

PIAUHY. Governo 1912-1916. **Mensagem Apresentada à Camara Legislativa no Dia 1 de junho de 1915 pelo Exm. Sr. Dr. Miguel de Paiva Rosa, Governador do Estado.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1915.

PIAUHY. Governo 1920-1924. **Mensagem Apresentada à Camara Legislativa no Dia 1º de junho de 1924, pelo Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1924.

PIAUHY. Governo 1924-1928. **Mensagem Apresentada à Camara Legislativa no Dia 1º de junho de 1925, pelo Sr. Dr. Mathias Olympio de Mello, Governador do Estado.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1925.

PIAUHY. Governo 1910-1912. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. Antonino Freire da Silva, Governador do Estado, no Dia 1º de julho de 1910.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1910.

PIAUHY. Governo 1910-1912. **Mensagem Apresentada à Câmara pelo Exm. Sr. Dr. Antonino Freire da Silva, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1911.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1911.

PIAUHY. Governo 1916-1920. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. Eurípedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1917.** Therezina: Imprensa Oficial, 1917.

PIAUHY. Governo 1916-1920. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. Eurípedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1918.** Therezina: Imprensa Oficial, 1918.

PIAUHY. Governo 1916-1920. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. Euripedes Clementino de Aguiar, Governador do Estado a 1º de junho de 1920.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1920.

PIAUHY. Governo 1920-1924. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1921.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1921.

PIAUHY. Governo 1920-1924. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1922.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1922.

PIAUHY. Governo 1920-1924. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado, no Dia 1º de junho de 1923.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1923.

PIAUHY. Governo 1924-1928. **Mensagem Lida a 1º de junho de 1928 Perante a Assembléia Legislativa do Estado do Piauhy pelo Governador Mathias Olympio de Mello.** Therezina: Typ. do Piauhy, 1928.

PIAUHY. Governo 1891. **Mensagem lida ao Congresso em Sessão Extraordinária pelo Sr. Governador do Estado Dr. Gabriel Luiz Ferreira, no Dia 7 de novembro de 1891.** Therezina: Typ. do Piahy, 1891.

PIAUHY. Governo 1890. **Relatório com que o Sr. 1º Vice Governador do Estado do Piahy, Dr. Joaquim Nogueira Parnaguá Entregou a Respectiva Administração ao Sr. Gabino Besouro, no Dia 23 de agosto de 1890.** Therezina: Typ. de Honorato Souza, 1890.

PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Mensagem Apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Piauí pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1936.** Teresina: Imprensa Oficial, 1937.

PIAUÍ. Governo 1931-1935. **Relatório Apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, presidente da República, pelo Interventor Landry Salles Gonçalves, Referente ao Exercício de 1931-1935.** Teresina: Imprensa Oficial, 1935.

PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, Presidente da República, Pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1940.** Teresina: Imprensa Oficial, 1941.

PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Presidente da República Pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1937.** Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1938.** Teresina: Imprensa Oficial, 1939.

PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1939.** Teresina: Imprensa Oficial, 1940.

PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1941.** Teresina: Imprensa Oficial, 1942.

PIAUÍ. Governo 1935-1945. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello Referente ao Exercício de 1942.** Teresina: Imprensa Oficial, 1943.

VARGAS, Getúlio Dornelles. **A obra de dez anos de governo.** Discurso pronunciado no banquete do Aeroporto Santos Dumont, oferecido pelas classes conservadoras e trabalhistas, em 11 de novembro de 1940. Disponível em: < <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/expresidentes/getuliovargas/discursos>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

VARGAS, Getúlio Dornelles **A Revolução de 1930 e o 10 de novembro de 1937.** Discurso pronunciado perante a grande concentração operária da Esplanada do Castelo, em 9 de novembro de 1940. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/expresidentes/getuliovargas/discursos>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

VARGAS, Getúlio Dornelles. **No limiar de uma nova era.** Discurso pronunciado a bordo do encouraçado Minas Gerais, capitânea da Esquadra Nacional, em 11 de junho de 1940. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

VARGAS, Getúlio Dornelles. **O bem-estar e a saúde das mães e das crianças.** Discurso pronunciado no Palácio Guanabara em comemoração ao Natal, em 24 de Dezembro de 1939. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2014.

VARGAS, Getúlio Dornelles. **Primeiro aniversário da Revolução de Outubro.** Discurso pronunciado na solenidade do Teatro Municipal do Rio de Janeiro, em 3 de outubro de 1931. Disponível: <http://www.funag.gov.br/biblioteca/dmdocuments/Discursosgetulio_vargas>. Acesso em: 7 jan. 2014.

VARGAS, Getúlio Dornelles. **Realizações e projetos do Estado Novo. Entrevista coletiva à imprensa, no Palácio do governo, em Porto Alegre, a 12 de março de 1940.** Biblioteca da Presidência da República. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos/1940/08.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2015.